

ÖNGYILKOSSÁGOT MEGTISÉRELT SERDÜLŐK
RORSCHACH-VIZSGÁLATA.

Bölcsezdoktori disszertáció

R7912/578

Budapest, 1977.

Piszkér Ágnes

T a r t a l o m j e g y z é k

	oldal
1. Bevezetés	1
2. Szakirodalmi áttekintés	6
3. <u>Gyermekek öngyilkosságai kísérletének elemzése.</u>	17
3.1. A csoportosítás szempontjai, vizsgálati módszerek.	17
3.2. A vizsgált gyermekek környezete.	20
3.2.1. Lakóhelyi sajátosságok, a szülők foglalkozása, szakképzettsége.	21
3.2.2. A vizsgált gyermekek családi helyzete.	30
3.3. A suicidium közvetlen okai és előzményei.	43
4. <u>Az öngyilkossági kísérletek egyes személyiség-tényezői teszt-vizsgálatok alapján.</u>	51
4.1. A vizsgálati módszerek.	52
4.2. A Rorach-teszt eredményeinek elemzése.	55
4.2.1. Általános jellemzők.	55
4.2.2. A felfogásmód.	56
4.2.3. A determinánsok arányait jelző mutatók: ÉT, MF, IT.	58
4.2.4. Főkrendszer.	59
4.2.5. Elakadások.	63
4.2.6. Tartalmi sajátosságok.	65
4.2.7. Különleges reakciók.	73
4.2.8. Az első válasz.	75
4.2.9. Az utolsó válasz	78
4.2.10. Suicid skálák.	82
4.3. A Szondi-tesztrel végzett vizsgálatok eredményei.	84
5. <u>Értésmértés. Rorach-teszt elemzéssel.</u>	86
6. <u>Önseforralás</u>	98
7. Melléklet	101
8. Irodalomjegyzék	104

Az Egyesült Nemzetek Egészségügyi Világszervezetének /WHO/ kiadványa szerint évente mintegy 3 millió ember kísérel meg öngyilkosságot^x, s közelítőleg 700 ezer hal meg öngyilkosság következtében.

A magyarországi adatszolgáltatás kezdete, 1897 óta ismeretes, hogy az öngyilkosság gyakorisága hazánkban a világon a legmagasabbak között, 1967 óta pedig magasan az első helyen áll.

1.sz.táblázat

Öngyilkosságok gyakoriságának néhány nemzetközi összehasonlítási adata 1972-ben

Ország		a 100 ezer lakosra jutó öngyilkosságok száma
1. Magyarország	...	37
2. Csehszlovákia	...	24,6
3. Ausztria	...	23,4
4. Svédország	...	20,3
...		...

^{x/} "Öngyilkossági kísérletnek minősülnek mindazon cselekmények, melyek nem halálos kimenetelűek és amelyet a tettes öngyilkossági szándékának hangoztatásával követett el, tekintet nélkül arra, hogy a cselekedet végrehajtásának módja, eszköze alkalmas-e arra, hogy halált okozzon." /CSELKÓ L. - HÁRDI, 1976/

A kiemelt 1972-es évhez viszonyítva 1974-ben hazánkban ez az arányszám további emelkedést mutat /41,1/.

2.sz.táblázat

Öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek
száma az össznépességben és a 14 éven aluliaknál 1974-
ben

	Öngyilkosság	Kísérlet
Össznépességben	4 307	11 132
14 éven aluliaknál:	12	374

Mindezek a számarányok, s a mögöttük húzódó társadalmi és lélektani összefüggések indokolják és szükségessé teszik az ezirányú kutatásokat.

Ezt a tendenciát jelzi a hazai auticidológiai publikációk számának utóbbi években tapasztalható növekedése.

/Buda, Cseh-Szombathy, Cselkó, Parkasinszky és munkatársai,

Füri, Hárdi, Kun, Kolos és munkatársai, Szamosi, Kamarás, stb./
A korábbi évek kutatásait a statisztikai illetve egyéni pszichológiai megközelítés jellemezte. Az újabb közlemények inkább tükrözik a problematika szövevényességét, s kiterjednek a motivációkutatás, a prevenció, az utógondozás különböző kérdéseire. Az érdeklődés tulnyomórészt általános jelenségekre irányul. Lényegesen kevesebben foglalkoznak a gyermek-, illetve a serdülőkör sajátos kérdéseivel.

Nemzetközi összehasonlító statisztika a jelenlegi gyermekkori öngyilkosságokra vonatkozóan nem áll rendelkezésünkre.

BAER, A. 1901-ben kiadott könyvében a következő statisztikai adatokat közli:

Poroszországban 1788-1797 között 1 gyermek
1798-1807 között 3 "
1812-1821 között 31 "
Angliában 1852-1856 között 33 "
Olaszországban 1870-1879 között 51 "
1880-1889 között 55 gyermek
halt meg öngyilkosság következtében.

TOULAN, J.M./1962/ közlése szerint 1962-ben az USA-ban 103 14 éven aluli gyermek halt meg öngyilkosság következtében. Ez - az össznépesség arányait tekintve - a hazai többéves átlagnak mintegy fele.

Hazánkban az öngyilkosságok és-kísérletek alakulását a 3. és 4. táblázatok mutatják.

3.sz. táblázat

Öngyilkosságok alakulása Magyarországon
gyermekeknél 1967-74-ben

Év	10 év alatt		10-14 év között		Összesen
	fiú	lány	fiú	lány	
1967.	-	-	5	1	6
1968.	-	-	10	1	11
1969.	-	-	9	5	14
1970.	1	-	13	2	16
1971.	-	-	6	2	8
1972.	-	-	9	-	9
1973.	-	-	6	1	7
1974.	-	-	7	5	12

4.sz.táblázat

Öngyilkossági kísérletek alakulása Magyar-
országon gyermekeknél 1967-74-ben^x

Év	10 év alatt		10-14 év között		Összesen
	fiú	lány	fiú	lány	
1967.	-	-	86	331	417
1968.	1	3	59	268	331
1969.	49	104	66	286	505
1970.	2	1	40	213	256
1971.	1	-	24	105	130
1972.	-	3	37	160	200
1973.	-	4	17	122	143
1974.	5	5	37	327	394

Míg a felnőtt statisztikai adatokban az öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet aránya 1:4, gyermekeknél harminszor annyi a kísérletek száma, mint a halálos kimenetelűeké: 1967-74-ben összesen 2 386 gyermek kísérelt meg öngyilkosságot, s 83 halt meg.

A fiúk-lányok aránya ebben az időszakban 1:5 /366 fiú, 1812 lány/.

^x/Az EÜ. Minisztérium 1966-ban szövegezte fel a kórházakat arra, hogy gondosabban jelentse a suicidiumokat. A közölt adatok tehát 1967-től megbízhatóbbak; továbbra is fennáll azonban az a probléma, hogy a kísérletesők nagy hányada nem kerül orvosi ellátásra. Saját tapasztalataink is ezt mutatják.

Budapest- és környékéről az öngyilkos gyermekek nagy hányada - az országnak 20 %-a a Heim Pál kórházba kerül, ahol 16 év óta folyik pszichológiai vizsgálatuk, kezelésük illetve gondozásuk. 1961-70. év között /10 év/ a kórház Toxikológiai osztályán 1020 gyermeket kezeltek öngyilkossági kísérlet miatt. 1961-től 1969-ig terjedő időszakban éves átlagban 104, az 1970-től 1977-ig terjedő időszakban éves átlagban 64 gyermek állott a Heim Pál kórházban kezelés alatt suicidium miatt.

Dolgozatunkban az általunk kezelt 487 gyermek adatait dolgoztuk fel. A dolgozat első részében az utóbbi h á r o m évben kezelt gyermekek adatait elemezzük, illetve 106 k o r á b b a n ellátott gyermek kérdőíves módszerrel végzett retrospektív vizsgálatáról számolunk be. Az 1970-77. időszakban ezen 487 gyermek pszichológiai vizsgálatát és kezelését munkatársammal Gallus Klára pszichológussal megosztva végeztük. Az adatok elemzése illetve feldolgozása, valamint a vonatkozó szakirodalom áttekintése közös munka eredménye.^{xx}

A dolgozat második részében 50 fő Rorschach - és Szondi-teszt vizsgálatának eredményeit dolgoztam fel 22 fős kontroll-csoport hasonló eredményeivel összevetve /matematikai statisztikai elemzéssel/, Gallus Klára pedig a suicid gyermekek kezelése során nyert terápiás tapasztalatokat teszi vizsgálat tárgyává.

x/ 1977. első fele; a dolgozatban felhasznált adatok lezárásának időpontja: VI. 30.

xx/As ELTE Pszichológiai Tanszéke által kijelölt opponensek, Prof.dr.Kun Miklós és dr.Popper Péter jóváhagyásával.

2. Szakkiróda l m i á t t e k í n t é s

"Naponta több, mint ezer ember hal meg a világon öngyilkosság következtében nincs ország, melyet ez a jelenség ne érintene, nincs ember, akinek ne kellett volna ezzel szembenéznie." /RINGEL, E. 1972./

Normális viszonyok között az ember életét az előrehaladási törekvés, a kíváncsiság, a világ iránti nyitottság, a boldogság igénye határozza meg. Az öngyilkosság szerveződése során ez az érzés elvész. Helyébe "olyan érzés lép, mintha az egyén minden oldalról akadályozva lenne, körül lenne fogva, és mindig szűkebb keretek közé lenne szorítva". Ilymódon a vágyak "kivülre-
kednek a lehetségesnek és megvalósíthatónak határain." /RINGEL, E. 1969./

Ez a helyzet, amit HERMANN 1933-ban örvényelméletében így ír le: "... minden más mellékes már, mert az Én minden erejét magával ragadta, így az Én biztonsági intézkedéseivel szükségeset is - az egyén süket és vak lett, a külvilági tájékozódás elemeit is elvesztette...." /ROTTER, L. 1972./

FREUD autoagressziós elmélete az öngyilkosság dinamikájában a hangsúlyt a szeretet tárgyával való ambivalens kapcsolatra helyezi; a szeretetében állandóan frusztrált személy nem tudja összeegyeztetni magában a sérelmek miatti tudatos haragot és tudattalan kötődést. A koragyermekkori tárgyvesztés /a megfelelő anyagi gondoskodás hiánya/ fokozza a későbbi tárgyvesztések /szeretett személy elvesztése, kudarcok, korlátozások, megvonások, stb./ elviselhetetlenségét. /KUN, M. 1971./

As egyén számára feldolgozhatatlan ambivalencia nyomán jön létre az a büntudati feszültség, amely gátolja az agresszió kifelé való megnyilvánulását, s arra készteti, hogy kötelékeitől autoagresszív módon szabaduljon. Ebben az értelemben írja FREUD,

hogy az öngyilkos tulajdonképpen a sérelmeiért felelős személyt öli meg magában. "A gyűlölet, amely eredetileg a csalódást okozó tárgy ellen irányult, most önmagában a szubjektumban tombol - így saját személye ellen fordul." /HENSELER, H. 1975./

WISDOM-ot idézve HENSELER hozzáfűzi, hogy a tárgyvesztést a szubjektum már előzetesen a saját bűnének áli meg, - nem az anyám hagyott el, hanem én üstem el - s ez büntudathoz vezethet.

AMMON, G. /1974./ hangsúlyozza, hogy a suicidáumot mint dinamikus folyamatot kell felfogni, s helytelen magára az öngyilkossági történésre leszűkíteni. A suicidáumot tágabb értelemben, mélyebb összefüggéseiben írja le, mint a korai anya-gyermek kapcsolat zavara nyomán kialakult n a r c i s z t i k u s deficit miatti én-fejlődési gátlás egyik lehetséges "megoldását", következményét.

Az anya, aki képtelen megfelelően értékelni a gyermek szükségleti jelzéseit, s arra megfelelően reagálni, nem teszi lehetővé, hogy a szinbiotikus kapcsolat megoldódjék a megfelelő kommunikációs funkcióival bíró, elhatárolódó anya-gyermek viszonyban. A tudattalan szinbiotikus kapcsolat minden azonosulási törekvésekre archaikus szorongást vált ki. AMMON főként fiataloknál tudta nyomon követni, hogy az öngyilkossági tendenciának ez az archaikus azonosulási tilalom az alapja, mely a leválási törekvések jelentkezését büntudattal manifesztálja, s gátját szabja az egészséges narcizmus, egy pozitív én-kép kialakulásának. Az öngyilkosság tehát - mint AMMON írja - az anyai szinbiotikus "ösbarlang" elérésére irányuló tudattalan vágy kiűlése, a zavart én-fejlődés következtében destruktívvá vált agresszió manifesztálódása. /Az agresszív kósztetések normális körülmények között a libidoval való ötvöződésben spontán megkötődnek, s konstruktív agresszió formájában az alkalmazkodást, a szocializációt szolgálják./ NEMES, L. 1972./

HENSELER, megfogalmazásában is a suicidális cselekmény lényegében egy narcisztikus katasztrófa elkerülésére irányul, tudattalan célja a harmonikus primér állapotba való visszatérés, az ösbiztonság elérése.

A narcisztikus rendszer védelmére, az én-kép fenyegető megrázkódtatásainak elkerülésére négyféle kompensációs mechanizmust különböztet el:

1. - a harmonikus primér állapot elérésére irányuló regresszió /a legprimitívabb és legkorábbi lehetőség/;
2. - tagadás és idealizálás ;
/a személy tényleges, vagy vélt hiányosságait tagadja, a fantáziával helyettesíti, önmagát tehát idealizálja/;
3. - alkalmazkodás a realitáshoz /mely folyamat a pubertásban nagyjából lezárul, eredménye a Reális Én és a Reális Objektumok kialakulása/;
4. - ideális aspektusok internalizálása: a reális én-kép mellett létező, részben tudatos Ideális Én, amely puffer-funkciójával bizonyos stabilitást, biztonságot nyújt./ Az Ideális Én az önmagunkról alkotott változó reális kép korrekcióját végzi el a Felettes-Én és a külvilág felé. Ez utóbbit KOHOUT is igen lényegesnek tartja az egészséges narcizmus fenntartásában/.

A stabil Én-tudattal rendelkező ember védelmet talál az Ideális Én puffer-funkciójában, s a realitás-vizsgálattal történő megfelelő alkalmazkodásban. A narcisztikusan patológiás rendszer tulnyomóan a realitás-tagadás és az idealizálás regresszív

mechanizmusaihoz folyamodik, s ha ez esődöt mond, akkor következhet az ösbiztonság még primitívebb fantáziáihoz való visszanyulás.

/Amikor a suicid személy utat engedve a fantáziáknak cselekvésre váltja azokat, aktívan megelőzi a fenyegető narcisztikus katasztrófát és megmenti az Én-tudatot/.

Mindezek alapján érthetőbb, miért jelent a pubertás fokozott veszélyt a suicidium szempontjából.

"A kamaszkorban az Én a hirtelen megerősödött ösztönökkel szemben a viszonylagos gyöngeség állapotába kerül ... minden erejére szüksége van, hogy az ösztönkésztetéseket meg tudja fékezni és a társadalmi normák keretein belül tudja tartani"
/FREUD, A. 1937./

A serdülőkor nagy biológiai és pszichés átalakulások időszaka, az én-kép átminősítésének folyamata. Alapvető funkciói közé tartozik a szülőkről való leválás, s a gyermeki helyébe egy új felnőtt identitás kialakítása. A narcisztikus rendszer korai sérülései esetén a leválás folyamata fenyegető az Én számára, szorongást mobilizál, érzelmi, viselkedési viharokat kavar. A kisgyermek megoldatlan konfliktusai újraélednek, más síkon és nagyobb intenzitással. "A serdülőkor a kisgyermekkori fejlődés elejtett fonálát veszi fel újra" /VIKÁR, 1974./

A serdülők normarendszere fellazul, régi, gyermeki problémamegoldó eszköztárukat feladják, így lényegesen kevesebb olyan belső tartalékot mondhatnak magukénak, amire kritikus esetben támaszkodhatnak. Ez a fejlődési folyamat átmenetileg szegényíti a problémamegoldó készséget, s így hajlamosabbá, nyitottabbá válnak mindenfajta sérülésre.

ERIKSON ebben az életkorban az én-fejlődés döntő mozzanatának az identitásért vívott küzdelmet látja.

/Identitáson nem csupán az élet során bekövetkező azonosítások összességét érti, hanem azok integrálását egy új egységbe, mely a külvilág részéről is megerősítést nyer./ A serdülőnek a folyamat végén "magát mint felnőttet kell definiálnia" - írja VIKÁR, /1973/.

"A szülőkről való leválás bizonyos esetekben csak úgy lehetséges, ha a szülőktől átmenetileg minden érzelmet megvon. A. FREUD a kamaszkort a gyászlelkiállapotához hasonlítja: a szülők egykori idealizált képét veszi el a gyerek."

Az új, felnőtt identitás kialakításához a gyermeknek ki kell próbálnia a személyiségében rejlő lehetőségeket, s ez a szerepkeresés nem megy zökkenőmentesen, - kudarccal, csődérzésekkel terheli, labilizálja önmagában is a személyiséget. "... nem ismeri még egy kapcsolat létesítésének rejtett szabályait, nem tudja még megfelelően értékelni azokat a finom jeleket, amelyek a társas érintkezésben közeledésre, vagy tartózkodásra biztatják. Elsietti, vagy lekési kapcsolatait, vagy téves irányba indul...." /VIKÁR, 1976./

A modern ipari társadalmakban a serdülőkor egyik legnagyobb problémáját, a gyermek és a felnőttkori viselkedésnormák közötti nagy eltérés képezi.

Kérdés, hogy l é n y e g i és s z ú k s é g s z e r ű velejárója-e a serdülőkornak a belső feszültségek, konfliktusok, kisebb-nagyobb viselkedészavarok megjelenése? MEAD, E. Vizsgálatai azt mutatják, hogy primitív népeknél a serdülőkor éppoly zavartalanul megy át a felnőttkorba, mint ahogy bármely más korszakváltás történik.

Ez magyarázható azzal, hogy a szerepek társadalmilag egyértelműbben meghatározottak, a korszakváltás nem az egyén individuális fejlettségének, körülményeinek függvénye, az egyént nem

terheli a döntések, választások sorozata. A modern ipari társadalmakban a serdülőkor alapvető problémájának tartjuk az egyazon személyiségre háruló szerep-elvárások sokféleségét, szövevényességét, melyekhez való alkalmazkodást tovább nehezíti a normarendszer heterogenitása, a nagyfokú társadalmi mobilitás.

A puffer-funkciót itt elsősorban a család hivatott betölteni, mely a gyermek számára közvetíti az identifikáció alapját képező mechanizmusokat. Ezek azonban csakis az anyai gondoskodó felnőtt és az ellátott gyermek kielégítő, kölcsönös kapcsolata révén érnek el viszonylagos integrálódást. A gyermek csak ennek az alapvető kölcsönösségnek révén tehet szert a biztonságos önértékelésre. A gyermekkor pozitív identifikációk sorsa attól függ, hogy a gyermek otthonosan érzi-e magát a jól ismert és értelmes, kölcsönösségen alapuló szerep-hierarchiában, úgy, ahogyan neki erre a családban együttélő nemzedékek élete a mintát szolgáltatja./ERIKSON, 1968./ A szülőkkel való megfelelő kapcsolat hiányában a társadalmi viselkedés-normák közvetítése természetesen hiányos, zavart. A sikeres, megfelelő társadalmi kapcsolatok létesítése az érett felnőtt-identitásnak megfelelően csakis akkor képzelhető el, ha a szülőről való leválás megoldott, s ezt az alapvető, meghatározó kapcsolatát nem terheli mélyebb ambivalencia.

STENGEL lényeges különbséget tételez fel dinamikai szempontból az öngyilkossági kísérlet és a befejezett öngyilkosság között, s elhatárolja az öngyilkossági "gesztusokat" és az életveszélyes kísérleteket/1969./

SCHACHTER suicid diszpozícióról beszél, LAUNAY cáfolja a genetikus determináció létezését.

KUN szerint "minden fokú öngyilkossági kísérlet, akár halálhoz vezet, akár nem, egyformán komolyan veendő és pszichés mechaniz-

musa azonosnak tekintendő." A látszólagos ellentmondást feloldja azzal, hogy elismeri a különböző tendenciák keveredését a suicidális aktusban: van, ahol a kommunikációs jelleg, a segélykérés, a bosszu, máshol pedig az élet elutasítása kerül tulsulyba. A suicidium kimenetele sokszor véletlenszerű külső körülményektől függ, nem pedig az agresszív indulat intenzitásától.

Az agresszió-áramlás irányával kapcsolatban HENRY és SHORT arra a következtetésre jutottak, hogy az agresszió akkor fordul a külvilág felé, pl. bűncselekmény irányába, ha a körülhatárolzó társadalmi-környezeti hatások igen erősek, nyíltak, míg a burkoltabb, verbális, szimbólikus büntetés a befelé forduló agressziót valószínűsíti. Az, hogy az egyén az agresszió-levezetésének mely módját tanulja meg, a szubkultura függvénye. /GOLD, id.BUDA, 1971./

Sok szerzőt foglalkoztat a suicidális "minta" szerepe az öngyilkosság létrejöttében; többen a konfliktusmegoldási lehetőségek, köztük a suicidium kialakulásában a környezeti minta szerepét tartják döntő jelentőségűnek /FREDERICK, RESNIK/, míg mások a már meglévő - suicidiumra hajlamosító - személyiség-zavarnak csupán egyik manifesztáló tényezőjeként tekintik. Kétségtelen, hogy az öngyilkosok családjában lényegesen több az öngyilkos személy, mint máshol.

A gyermekkori suicidiummal foglalkozó szerzők többsége megegyezik abban, hogy a gyermek- ill. felnőttkori öngyilkosság alapmechanizmusai hasonlóak, s nem érthető meg a jelenség csupán az életkori sajátosságok figyelembevételével. A jelenség a praepubertásban mutatkozik meg szembetűnően, előtte csupán szóróványosan, különleges esetekben találkozunk suicidiummal. /Magyarországon 1972-74 között mindössze 17 tíz éven aluli gyermek kísérelt meg öngyilkosságot, ezzel szemben a 10-14 évesek száma 700 volt./

STEKEL szerint a gyermeknél^a fokozottabb érzékenység, az emóciók túlértékelése miatt könnyebben jön létre suicidium; hasonló körülmények között a gyermek könnyebben változtatja át a suicid gondolatot cselekedetté. A gyermekek nem tudnak "megszervezni" maguknak egy betegséget, csak a soranak adott kihippást, segélykérést tudják nyilvánítani. /FAU, R. és munkatársai, 1969./

A, FREUD fokozott jelentőséget tulajdonít a szocializációban az Én-funkcióknak és az Én-mechanizmusoknak. Prapubertás-pubertásban kerül mérlegre, hogy az eddigi szocializációs folyamat során introjektált értékek mennyire állják ki a valóságpróbat. Sikertelen azonosulás folytán nem kerülnek megfelelő elhárításra az infantilis ösztönkésztetések, destruktív impulzusok szabadulnak fel. Mohóság, birtoklásvágy, féltékenység, halálkivánságok így nyílt külső konfliktusokhoz vezetnek. Ezért a suicidiumhoz vezető okok összefüggésükben általában ezen az alapon válnak érthetővé.

Felvetődik a kérdés, hogy neurotikus fejlődés eredménye-e a suicidium?

Egyes szerzők szerint a neurozis, a mentális disszociáció szimp-tómája. /BUDA/ egyetért azzal az elmélettel, mely szerint a tipikus öngyilkos olyan személyiség, aki a szokványos neurotikus tüneteket nem mutatja, de mégis sajátosan károsodott, neurotikus ember. FAU, R./1965./ öngyilkossági neurózisról beszél, ami azonban nem sorolható valamely jól körülírható pszichopathológiai kórképbe, csupán átmeneti jelenség.

LIEBERMANN szavaival: az öngyilkosság a személyiség összregulációjának dekompenzációs tünete, nem önálló etiológiájú kórkép. RINGEL, SPIEL és STEPAN a gyermeksuicidumokat elemezve a következő pszichopathológiai konstellációkat állítják fel:

1. Rövidzárlati cselekvés, amely megfelelő fékező faktorok hiányában következik be, főleg debil, vagy agysérült gyermekeknél;
2. Hosszu neurotikus előtörténet következményeként létrejövő aktus;
3. A környezet manipulálására irányuló pszichopáthiás reakció.

/Id.DÜHRSEN, A. 1967./

A gyermeki suicidiumnak ezek a típusai látszólag merőben eltérő képet mutatnak. Valójában azonban valamennyi háttérében ott húzódik a veszteség érzése, boldogtalanság, tehetetlenség, kiszolgáltatottság, az önértékelési válság, a depresszió.

Sokan azt a nézetet vallják, hogy a fiatalok nem élnek át depressziót, mert gyermekeknél a depresszió klinikai képe nem közvetlenül, hanem fedetten, viselkedésben nyilvánul meg. A gyermekkori magatartászavarok gyakran fednek depressziós érzéseket; GOFMAN is mint depresszió-equivalenseket írja le a fáradtság-érzést, koncentrációs nehézségeket, alvás- és étvágyzavart, motoros nyugtalanságot, hangulatlabilitást. "Ezek a szomorúság szimptomái, de nem azonosak azzal a képpel, mint amikor valaki szomorú".

Antiszoциális megnyilvánulások váltakozhatnak unalommal, üresség-érzéssel, fokozott szexuális aktivitással, drog- és alkoholfogyasztással. Önmaga elfogadtatásának igénye gyakran sodródás útján nyer látszólagos kielégülést, szeretetet kap, de ugyanakkor a büntudat a depresszió újabb forrása lehet.

A gyermeki depresszió gyakran "acting out"-os viselkedésben, csavargásban, iskolakerülésben, nyílt agresszióban nyilvánul meg. Ide sorolhatók azok az autodestruktív megnyilvánulások is, mint a balesetezés, önmaga akaratlagos megbetegítése, veszélykeresés, ill. önvédelem hiánya, amelyek larvált suicidiumként

foghatók fel.

STEKEL és GOFMAN nagy jelentőséget tulajdonít a "krónikus suicidiumnak", ahol a deprivációk sorozata jelzi a suicid szándékot /étel visszautasítása, életfontosságú gyógyszer bevitelének elmulasztása stb./

Mind az öngyilkosság, mind az öngyilkossági kísérlet egyik kritériumának a meghalás tudatos szándékát tartják. A valóságban azonban a halálvágy összetett, s korántsem egyértelmű módon jelentkezik. Néha az is nehezen nyomonkövethető, hogy a kifejezésre juttatott halálvágy mögött valóban a meghalás szándéka húzódik-e meg, s ha igen, úgy milyen jellegű a mögötte rejlő halálfogalom.

A halál fogalma GESELL szerint 4 éves korban jelenik meg. Ekkor azonban nem fűződik hozzá emóció, csupán 6 éves kortól kezdik felténi hozzátartozóikat a meghalástól, saját magukkal kapcsolatban nem tartják lehetségesnek. /In: SZÉKÁCS J. 1972./

SCHOPENHAUER szavaival: " T u d o m , hogy meg fogok halni, de h i s z e m, hogy ez csak másokkal történik meg". A halált úgy éli meg, mint valakinek a hiányát, amely lehet elutazás, távollét, álom, betegség. /ÁRKOVIC/. Ebben a fázisban a halál reverzibilis, tudattal átélte mozdulatlanság.

KAPAMACIJA, B. és munkatársa /1966/ a halálfogalom kialakulásának ezt a fázisát a dereisztikus gondolkodással hozza összefüggésbe, mely ennek az életkornak a jellemzője. Ebben ábránd és valóság, élettelen és irreális összemosódik, az ismeretek, a logikus gondolkodás még nem uralkodik fölötte.

9 éves kortól alakul ki a halál irreverzibilitásának, realitásának tudata. Az érett személyiségben a halál félelmetes gondolat. Ezzel a félelemmel a személyiség megbirkózik, egyensúlyt

alakít ki. Az öngyilkossággal foglalkozó személyiségben egy félig tudattalan fantáziaréteg él, amelyben a halál értelemteljesnek, célszerűnek, emberinek tűnik, menekülési lehetőségnek a kellemetlenségek elől. /SCHNEIDEMAN, 1971./

Regresszióban, bármilyen eredetű is az /betegség, nehéz élethelyzet, stb./ ez a fantáziatartalom mobilizálódhat, visszavonhatatlanul vagy átmenetileg cselekedetre válthat.

Verbalizált halálvágygal gyermekeknél igen ritkán találkozunk. A suicidiumot megkísérelt gyermekek - kevés kivételtől eltekintve - nem akarnak meghalni. Azért követnek el öngyilkossági kísérletet, hogy haladékat nyerjenek, hogy kimeneküljenek, hogy felmentést kapjanak, hogy odafordulást provokáljanak, hogy kiméltetést találjanak, hogy szeressék és védelmezzék őket, de legalábbis pihenhessenek egy kis ideig.

A gyermek-öngyilkosság általában cselekvésben lefolytatott dialógus; segélykiáltás, bosszu, szembenállás. Vita, amelyben megbünteti magát és a másikat /az ambivalensen szerető és szeretett személyt/ kiváltva a büntudatot és sajnálatot. Környezetét résztvevővé teszi egy olyan dialógusban, amelyet nem tud másképpen lefolytatni. /GERMA, id.SZÉKÁCS J. 1972./

Az a tény, hogy a gyermeknek ilyen drasztikus akcióhoz kell folyamodnia a figyelem felhívására, bizonyítéka is annak, hogy eddig nem irányult rá, s hogy válságos, megoldhatatlannak érzett élethelyzetéből kiutat keres.

Minden egyes öngyilkosság e g y é n i lélektani esemény, amelynek élmény-hátttere, oki összefüggésrendszere az illető ember egyéni sajátosságaiából és élettörténetéből érthető meg.

DÜRRSSEN szavaival: akkor tudjuk csak igazán megérteni a suicidiumot, ha nem elégszünk meg a könnyen követhető motívumok, között konfliktusok elemzésével, hanem az egész pszichodinamikai konstellációt tekintjük.

3. Gyermekek öngyilkossági kísérleteinek elemzése

Elemzésünket a budapesti Heim Pál Gyermekkórházban az 1970-77. évben öngyilkossági kísérlet miatt kezelt gyermekek vizsgálata alapján végeztük. Ezidő alatt^x 487 gyermek állott pszichológiai kezelésünk alatt, mely az országos mennyiségnek mintegy negyedrésze.

Elemzéseinket a vizsgált gyermekek bizonyos szempontok szerint kiemelt csoportjain, különféle módszerekkel végeztük.

3.1. A csoportosítás szempontjai, vizsgálati módszerek

1. Adataink egy része /lakóhelyi, életkori és nemek szerinti megoszlás/ a teljes beteganyagra, 487 főre vonatkozik. A lakóhelyi sajátosságokat a későbbiekben tárgyaljuk, a vizsgált gyermekek életkori megoszlását nemek szerint az 5.sz. táblázatban közöljük.

5.sz. táblázat

Az 1970-77-ben kezelt suicid gyermekek életkori megoszlása nemenként /fő/

Életkor	10 év alatt	10 é	11 é	12 é	13 é	14	15 év felett	Össze- sen
Fü	7	5	10	25	31	14	1	93
Leány	3	9	22	73	202	71	14	394
Összesen	10	14	32	98	233	85	15	487

^{x/} Az adatfelvétel lezárásának időpontja 1977. június 30.

Részletesebben dolgoztuk fel az utóbbi 3 évben kezelt, szám-
szerint 150 gyermek vizsgálati anyagát a családszerkezet, a
környezeti ártó tényezők, az alapvető konfliktusok jellege, a
kísérlet elkövetésének módja stb. szerint. Az adatokat a szü-
lőktől felvett heteroanamnézis, valamint a gyermek és szülő
explorációja során nyertük.

Az öngyilkossági kísérletek megoszlását az elkövetés módja sze-
rint a 6.sz. táblázatban mutatjuk be, az egyéb adatokról a to-
vábbiak során számolunk be.

6.sz.táblázat

Az öngyilkossági kísérletek megoszlása
az elkövetés módja szerint nemeként

Az elkövetés módja	Fiu	Lány	Összesen
Gyógyszermérgezés	28	112	140
Gázmérgezés	1	1	2
Egyéb mérgezés	-	4	4
Önakasztás	2	-	2
Magasból való le- ugrás	1	-	1
Szuróeszköz	1	-	1
Összesen:	33	117	150

3. Eredményeinket kiegészítettük 106 - öngyilkossági kísérlet
miatt korábban kezelt gyermek /87 lány, 19 fiu/ retrospek-
tív kérdőíves módszerrel végzett vizsgálatának adataival,
a családi körülmények, az életsora alakulásának nyomonkö-
vetése céljából. /A kérdőívet a függelékben mellékeljük/.

Az elküldött kérdőívek száma:	342
A címzett ismeretlen:	38
Nem válaszolt:	198
Válaszolt:	106

A megkérdezés időpontjában a 106 volt betegünk életkori megoszlása a következő:

14 éven aluli	4 fő
14 éves	8 fő
15 éves	15 fő
16 éves	19 fő
17 éves	15 fő
18 éves	15 fő
19 éves	21 fő
20 éves	9 fő

Összesen:	106 fő
-----------	--------

Az öngyilkossági kísérlet óta eltelt idő: 2-7 év, a kérdőívet kitöltők megoszlása etekintetben egyenletesnek mondható. Az eltelt időszakban bekövetkezett változásokat később tárgyaljuk.

3.2. A visszált gyermekek környezete, életkörülményei.

DURKHEIM 1897-ben kiadott könyvével a kutatások egész sorát indította meg az öngyilkossággal kapcsolatban. Művében nagy jelentőséget tulajdonít a társadalmi integrációnak. Központi hipotézise: az öngyilkosságok alakulásában a társadalmi kapcsolatok játsszák a döntő szerepet, mégpedig olyan formában, hogy ahol a kapcsolatok lazák és az egyén gyengén integrálódik a társadalomban, vagy pedig ellenkezőleg, ahol túlságosan azonosul társadalmi csoportjával, ott nagyobb a valószínűsége az öngyilkosság elkövetésének. /CSEH-SZOMBATHY L., 1967/.

Gyógyító munkánk során mindig az egyes emberrel állunk szemben, igyekszünk megérteni gondolkodásmódját, cselekedeteinek érzelmi mozgatórugóit, élményhátterét, élethelyzetét. Tudjuk, hogy amit tesz, érez, gondol, stb. az a maga voltában egyéni, egyszeri, megismételhetetlen. Ugyanakkor tudjuk, hogy minden egyes megnyilvánulása egy összefüggő rendszer törvényszerűségeinek van alárendelve, melynek biológiai, pszichológiai, szociológiai aspektusai egyszerre vannak jelen. Az egyes embert is mindig úgy szemléljük, mint aki tagja egy családnak, egy szűkebb és tágabb társadalmi egységnek /iskolai, lakóhelyi közösség, társadalmi réteg, osztály stb./.

Nem lehet célunk szociológiai jellegű elemzés, azonban a jelenségek helyes értelmezése érdekében nem kerülhattük meg, hogy az öngyilkosságot megkísérelt gyermekek személyes vonatkozásain túl a családi és tágabb társadalmi környezetükkel is foglalkozzunk. Először a lakóhelyi sajátosságokról szólnunk, mely fogalmat komplex jelenségként értelmezve, számos tényező összhatásának eredményeként kell szemlélínünk. Ide tartozik a lakóhely /település/ típusa, gazdasági, társadalmi funkciója, szociológiai értelemben vett mikrostrukturája/ a lakosság foglalkozási és kor-összetétele, várostípusonkénti és lakásoosztályonkénti elhelyezkedés, társadalmi érintkezési formák, stb./.

3.2.1. Lakóhelyi sajátosságok, a szülők foglalkozása, szak-
képzettsége.

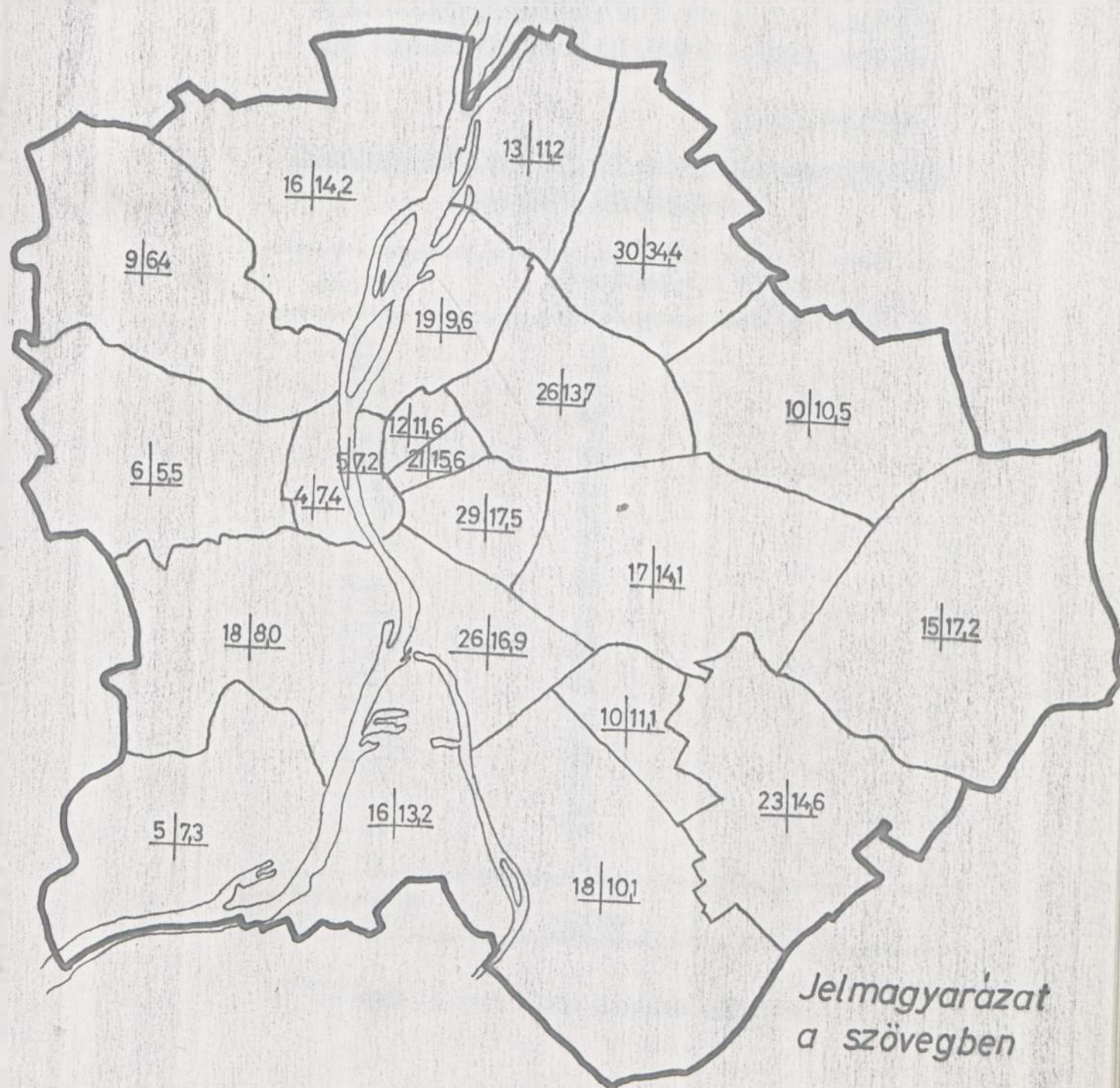
A főváros területéről 1970-77. között 348 beteget, vidékről 118 beteget kezeltünk; a vidékiek zöme /5 kivétellel/ Pest megyei, illetve ezen belül a főváros 44 közvetlenül szomszédos településéből, az agglomerációs területéről származik. A fővárosi kerületek és az agglomerációba tartozó települések is igen heterogén képet mutatnak az esetek száma és gyakorisága^x tekintetében. Ezeket a jellemzőket az 1. és 2. ábrákon mutatjuk be,^{az} adatokat a 7. és 8.sz. táblázatban összefoglalóan is közöljük.

/Az ábrán az esetek számát a községhatárokon belül elhelyezett pontokkal, a gyakoriságot pedig számjegyekkel jelöltük. A kerületekben elhelyezett számjegyek közül az első az esetek számát, a második pedig a gyakoriságot jelzi./

A fővárosban szembetűnő a pesti és a budai oldal nagy különbsége, mind az előfordulások száma, mind gyakorisága tekintetében. Ebben a különbségben feltehetően igen nagy szerepet játszik az az ismert tény, hogy a budai oldal /Óbuda kivételével/ lakosságának képzettségi és foglalkozási strukturája, élet-és lakáskörülményei az átlagnál kedvezőbbek, s kevésbé nyújtanak talajt a devianciáknak. /Az összefüggést szemléltetik a Korányi Kórházban öngyilkossági kísérlet miatt kezelt

x/ Az egyszerűsítés érdekében a jelzett időszakban előforduló suicid kísérletek számát a 14 éven aluliak 1970. népszámláláskori létszámához viszonyítottuk.

Gyermekkori öngyilkossági kísérletek száma és gyakorisága
Budapesten 1970-1977 között



1. ábra

500 beteg adatai is: a betegek képzettségi struktúrája jóval kedvezőtlenebb képet mutat az átlagosnál, s hasonlóak az eltérések az egyéb említett tényezők tekintetében is. A betegeknek pl. 62,4 %-a nem rendelkezik semmiféle szakképzettséggel sem, a 14-24 év közöttieknek mintegy 20 %-a albérlő, ágybérlő, vagy munkásszálláson lakik/KÁDÁR-CSELKÓ, 1972./.

7.sz. táblázat

Öngyilkosságot megkísérelt gyermekek körületenkénti megoszlása Budapesten

Körület	Öngyilkossági kísérletek száma	gyakorisága ^x
I.	4	7,4
II.	9	6,4
III.	16	14,2
IV.	13	11,2
V.	5	7,2
VI.	12	11,6
VII.	21	15,6
VIII.	29	17,5
IX.	26	16,9
X.	17	14,1
XI.	18	8,0
XII.	6	5,5
XIII.	19	9,6
XIV.	26	13,7
XV.	30	34,4
XVI.	10	10,5
XVII.	15	17,2
XVIII.	23	14,6
XIX.	10	11,1
XX.	18	10,1
XXI.	16	13,2
XXII.	5	7,3
Budapesten összesen	348 fő	12,5

^{x/} 10 ezer 14 éven aluli lakosra számítva

Gyermeckori öngyilkossági kísérletek
száma és gyakorisága Pest megyében
1970 - 1977 között



Jelmagyarázat
a szövegben

2. ábra

8.sz.táblázat

Öngyilkosságot megkísérelt gyermekek lakóhelyi
megoszlása Pest megyében /1970-77/.

Település	Öngy.kísérletek száma, gyakorisága		Település	Öngy.kísérletek száma, gyakoris	
Gyál	11	32,6	Sülysáp	1	6,5
Pécel	7	33,3	Szódliget	1	17,2
Üröm	5	71,0	Kosd	1	21,0
Dunaharaszti	5	16,4	Pomáz	1	5,1
Érd	5	7,8	Zsámbok	1	22,6
Üllő	5	29,0	Budaörs	1	0,7
Dabas	4	13,3	Budakalász	1	7,8
Pót	4	16,6	Dunavarsány	1	10,7
Vecsés	3	7,8	Csobánka	1	18,6
Sziget- szentmiklós	3	10,3	Inárcs	1	15,0
Szigethalom	3	20,3	Majosháza	1	56,5
Alsónémedi	3	28,6	Ráckeve	1	6,3
Ceömör	3	29,6	Ócsa	1	5,3
Nagykőrös	3	5,0	Kiskun- lacháza	1	5,7
Százhalom- batta	3	18,4	Tápióság	1	19,0
Maglód	2	15,2	Török- bálint	1	5,5
Gyömörő	2	9,1	Mende	1	12,8
Kistarcsa	2	13,0	Nagy- tarcsa	1	24,2
Isaszeg	2	10,2	Vác	1	1,7
Göd	2	9,2	Monor	1	2,2
Pilisvörösvár	2	8,7	Veresegy- háza	1	9,0
Gödöllő	2	4,8	Ryáregy- háza	1	12,6
Diósd	2	43,4			
Budakeszi	2	10,4			
Pilisszaba	2	19,3			
Szentmárton- kő	2	21,3			
Agglomeráció:			80 fő	15,3	
Pest megyében összesen:			112 fő		

A budai oldal kerületei arról is nevezetesek, hogy struktúrájuk állandóbb, a népesség-szaporulat dinamizmusa gyenge, a lakóhelyi kapcsolatok stabilabbak, míg a pesti oldalon csak az V.kerület /a "Belváros"/ rendelkezik ilyen sajátosságokkal.

Ezzel szemben különösen kitűnik a kerületek legkülső gyűrűjében és az iparosodás korában /századforduló táján/ épült városnegyedekben az esetek nagyobb száma és gyakorisága. A külső gyűrűben észlelhető nagyobb gyakoriság minden bizonynyal kapcsolatban van azzal a ténnyel, hogy itt épültek fel a főváros új lakótelepei, ahol elsősorban a nagymértékben rendezetlen lakás- és életkörülmények között élő, leginkább rászoruló, leghátrányosabb társadalmi pozíciójú családok kaptak lakást. /Legnagyobb lakótelepünk a XV.kerületben épült Újpalotai, ahonnan az elmúlt 5 év során 22 suicid gyermek került kórházunkba szemben a kerületenkénti 10,4 fős átlaggal/.

Érdekes sajátosság - feltehetően nem véletlen egybeesés - hogy a suicid kísérletek gyakorisága és a lakóhelyváltogatás bizonyos összefüggést mutatnak.

Ezt különösképpen alátámasztja a budapesti agglomeráció néhány adata.^x

Mint ismeretes, a budapesti letelepődést korlátozó intézkedések miatt az elmúlt két évtizedben a fővárost övező településeken keresett lakást az a - főként a mezőgazdaság szocialista átszervezése után - falun feleslegessé vált, vagy ott megmaradni nem akaró munkanő, hogy a főváros iparában helyezkedjen el.

Igy Pest megyére, s ezen belül különösen az agglomerációra a népességszaporulat nagy dinamizmusa jellemző.

^x Azt elemezni, hogy milyen összefüggés van a lakóhelyi tényezők, ill. az életkörülmények és az öngyilkosság között, a feladat interdiszciplináris jellege miatt túlságosan bonyolult lenne, - észrevételeinket inkább orientációs jelleggel közöljük.

Ezt mutatja, hogy miközben a népesség szaporulata országosan 3,6 % volt 1960-70 között, ugyanebben az időszakban Budapesten 7,9 %, az agglomerációban pedig 28,6 %. /Néhány kiemelkedő adat: Érd 34,6 %, Úröm 45,2 %, Halásztelek 100,2 %, Szigethalom 112,9 %, Gyál 129,3 %./ Ennek a szaporulatnak a forrása a falusi lakosság volt, melynek népessége ugyanekkor 2,8 %-kal csökkent.

Az agglomerációba települők esetében ez nem pusztán lakhely változtatást jelentett, hanem foglalkozásuk megváltozását, korábbi kapcsolataik lazulását, vagy megszakadását, vagyis az életforma teljes megváltozását. A betelepüléssel nem tart lépést a lakásépítés dinamizmusa. A lakáviszonyok ezért rosszabbak: a lakások fele egyszobás, /Gyálon 67,1 %/ s a laksűrűség /egy lakásra jutók száma/ is magas /3,42/; kiemelkedő értéket mutat az ágy- és albérletek száma.

A lakáviszonyok rendezetlenségéhez járul továbbá az életkörülményeket hasonlóképp befolyásoló másik tényező: a lakó- és munkahely szétválása. Az országos 20 %-os aránnyal szemben az agglomerációs népességnek kétharmada lakóhelyétől távol, főként Budapesten dolgozik. Ez is egyik tényezője annak, hogy gyengül a családi élet kohéziója még ha formálisan együtt is van újra a család.

A 9.sz. táblázaton bemutatunk néhány adatot a suicid kísérletek száma és gyakorisága szempontjából kiemelkedő néhány település lakóhelyi sajátosságairól.

9.sz. táblázat

Gyermekkori öngyilkossági kísérletek száma és gyakorisága a budapesti agglomeráció néhány településén. A települések jellemző adatai

Helység	Öngyilkossági kísérletek száma gyakorisága 1970-77 között		A népesség szaporulata - ban	Eljárók aránya az ak- tív ke- resők- ből	Eljá- rók közül a Bp.- re járók ará- nya 1%	Laksu- rúság /100 la- kára fő/	Al- és ágybér- lők ará- nya 1%	Egyező- bás laká- sok ará- nya 1%
Gyál	11	32,6	129,2	82,0	97,1	350	9,3	67,1
Pécel	7	33,3	13,0	66,8	92,4	353	4,5	52,4
Úrta	5	71,0	45,3	80,9	94,4	357	6,9	50,9
Duna- haraszti	5	16,4	26,6	78,2	84,7	338	6,9	46,5
Érd	5	7,8	34,6	74,9	78,5	338	6,4	56,3
Úllő	5	29,0	15,8	78,0	95,3	346	2,7	47,8
Budapesti agglomerá- ció	80	15,3	28,7	66,3	83,5	342	5,8	49,8
Budapest	348	12,5	7,9	-	-	304	7,3	49,0

x/ 10 ezer 14 éven alulira számolva

106 esetre vonatkozó retrospektív adatfelvételeink alapján megállapítható volt, hogy suicid betegeink lakásviszonyai még az említettéknél is rosszabbak: az átlagos lakstűrség 3,73, annak ellenére, hogy a kórházunkban történt kezelés óta eltelt időben a családok egyötöde költözött új lakásba. Az urbanizmus elmélete a lakóhelyválasztás és a foglalkozási, ill. szakképzettségi szint szoros összefüggését bizonyítja. Ilyen összefüggések tendenciaként megállapíthatók az egyes budapesti kerületek /várostípusok/ foglalkozási rétegződése, ill. a suicidiumok száma és gyakorisága között. Így, az említett budai kerületekben a kísérletek gyakorisága általában a vizsgálati időszakban /7 év/ 10 ezer 14 éven aluli lakosra 10 fő alatt volt, miközben ezekben a kerületekben legmagasabb a szellemi foglalkozású keresők aránya /60 %/. Ugyanakkor az is egyértelműen megállapítható, hogy a gyermekek öngyilkossági kísérlete szempontjából legmagasabb gyakoriságot mutató kerületekben /VII., VIII., IX., XV., XVII./ az átlagosnál magasabb a fizikai munkát végző aktív keresők aránya /60 % felett/.

A kórházi felvételkor történt exploráció, az utólagos adagyűjtésünk alapján az is megállapítható, hogy a nálunk kezelt suicid gyermekek szülői között még nagyobb a fizikai dolgozók aránya /70 %/. /lásd 10.sz. táblázat/.

10.sz. táblázat

Öngyilkosságot megkísérelt gyermekek szüleinek foglalkozási megoszlása /n=150/

Szakképzetlen fizikai	53	Fizikai: 101 fő
Szakképzett fizikai	48	
Felsőfokú végzettségű	19	Szellemi: 49 fő
Középfokú végzettségű	30	
Összesen:	150 fő	

Érdekes megfigyelni, hogy a suicid gyakoriság szempontjából kiemelkedő kerületekben a 14 éveseknek mintegy 30 %-a nem tanul tovább, szemben a budai kerületek 16-17 %-ával. Az általunk kezelt suicid gyermekek családjában a 8 általánost, vagy annál kevesebbet végzett szülők aránya 58,7 % /Korányi kórházban 84,6 % az öngyilkosságot megkíséreltek arányában/. Öröndetes viszont, hogy a retrospektív vizsgálat szerint a 8. általánost végzetteknek csupán 23 %-a nem tanult tovább.

11.sz.táblázat

A Heim Pál kórházban 1970-75. között öngyilkossági kísérlet miatt kezelt gyermekek későbbi foglalkozása /n=106/

Ált.iskolai tanuló	8 fő
Szakmunkás tanuló	14 fő
Középsík. tanuló	28 fő
Egyet., főisk. hallgató	6 fő
Tanul összesen:	56 fő
Segéd munkás	4 fő
Betanított munkás	11 fő
Szakmunkás	21 fő
Adminisztrátor	7 fő
Aktív kereső összesen:	43 fő
GYES.-en:	3 fő
Foglalkozása ismeretlen:	4 fő
Összesen:	106 fő

12. táblázat

A Heim Pál Kórházban 1970-75 között öngyilkossági kísérlet miatt kezelt gyermekek szüleinek iskolai végzettsége /n= 106 fő/

	Apa	Anya
8 általános alatt	15 fő	23 fő
8 általános	29 fő	34 fő
szakmunkásiskola	12 fő	4 fő
középisk. érettségi	17 fő	18 fő
egyetem, ill. főiskola	14 fő	6 fő
nincs adat:	19 fő	21 fő
Összesen:	106 fő	106 fő

13. sz. táblázat

A Heim Pál Kórházban 1970-75 között öngyilkossági kísérlet miatt kezelt gyermekek szüleinek foglalkozási megoszlása /n = 106 fő/

	foglalkozási megoszlása /n= 106 fő/	
	Apa	Anya
Segédmunkás	8 fő	24 fő
Betanított munkás	27 fő	23 fő
Szakmunkás	25 fő	5 fő
Adminisztrátor	2 fő	16 fő
Értelmiségi	18 fő	11 fő
Aktív kereső összesen:	80 fő	79 fő
Eltartott, egyéb /nyugdíj, htb., GYES./	11 fő	18 fő
Ismeretlen foglalkozás /nincs adat/	12 fő	8 fő
meghalt:	3 fő	1 fő
Összesen:	106 fő	106 fő

3.2.2. A vizsgált gyermekek családi helyzete.

A suicid gyermekek vizsgálatánál kivétel nélkül mindenki elsőrendű és döntő jelentőséget tulajdonít a c s a l á d s z e r k e z e t vizsgálatának, az anya illetve az apa családban betöltött szerepének.

A gyermekkorban közvetlenebbül és meghatározóan érvényesülnek a legszűkebb társadalmi egység, a család hatásai a gyermeki függőség, az autonómia hiánya miatt, akár az egyes cselekedetekig is determináló módon.

"Az egyén, különbsésképpen a gyermek pszichés problematikája a család tünete". /BÁLINT M., 1961./

KUN a suicidiumra hajlamosító tényezők négy csoportját különbözteti meg:

- 1./ Éngyengítő családi légkör;
- 2./ Autodestrukcióra indító környezeti azonosítás révén felvett sztereotip;
- 3./ Tartós stressz-helyzet, családi feszültség vagy szociálökonomiai bizonytalanság révén;
- 4./ Alacsony frusztrációs tolerancia.

PARKASINSZKY és munkatársai /1974/ 45 suicidiumot megkísérelt gyermek vizsgálata alapján a családi körülmények tekintetében a következőket találták:

Az esetek 84 %-ában határozottan kimutatható volt az intrafamiális légkör zavara /alkoholizmus, brutalitás, rigiditás, túlféltés, a szülők betegsége, pszichopathiája, stb./ Ezeket a gyermekeket mint "súlyos fokban tartósan zavart érzelmi kontaktusú csoportot" jellemzi. Számos esetben látszólag rendezett családban is kimutatható volt a családon belüli interperszonális kapcsolatok jelentős zavara: rivalizáció, inadekvát elvártások, ellennevelési elvek, testvérek megkülönböztetése stb./

"A szülők gyermeküket bevonják intrapszichés konfliktusaikba".
/H.E. RICHTER id. VIKÁR Gy., 1973/

KOLOS 106 gyermek adatait elemezve a családok 33 %-ában talált az apénál alkoholizmust, 24 %-ban szülői brutalizást, 33 %-ban felbomlott családot /válás, nevelőszülő, örökbefogadás miatt/
KOLOS T. 1963, kézirat./

Saját vizsgálatainkban családszerkezet szempontjából /formailag/
a 150 suicid gyermek esetében a következő jellegzetességeket
találtuk:

Mindkét szülővel él	78 fő	/52 %/
Egyik szülővel él /osonka család/	33 fő	/22 %/
Nevelőszülővel él	34 fő	/23 %/
Állami gondozott	5 fő	/3 %/
Összesen:	150 fő	/100 %/

Az adatokból kitűnik, hogy az eseteknek csupán felénél talál-
tunk ép, teljes családot. Ha azonban a családok tartalmi sajá-
tosságait közelebbről megvizsgáljuk, az összkép valójában még
ennél is kedvezőtlenebb.

Szétesett, vagy válságos család	83	/55 %/
Fedetten rossz házasság	32	/22 %/
Rendezett család	35	/23 %/
Összesen:	150	/100 %/

A formailag ép családoknak is tehát 55 %-a nem nevezhető rendez-
ettnek.

Az esetek nagy hányadánál találtunk alkoholizmust, ideg-
betegséget, súlyos szomatikus betegséget, zsufolt lakás-
körülményeket, vagy anyagi nehézségeket, suicidiumot valamelyik
családtagnál, s sokszor ezek halmozottan is előfordulnak.
/lásd: 14. táblázat/

14.sz.táblázat

Ártó környezeti tényezők és a családi helyzet össze-
függései suicid esetekben

	Szétesett vagy vál- ságos család: /n=83/	Fedet- ten rossz házasság /n=32/	Rende- zett család: /n=35/	Össze- sen: /n=150/
Apa alkoholista:	37	2	7	46 /31 %/
Anya idegbeteg:	23	5	6	34 /23 %/
Súlyos szomatikus betegség a szülő- knél:	25	9	5	39 /26 %/
Zsufolt lakás, vagy anyagi nehézségek :	39	11	11	61 /41 %/
Suicidium a szülőknél:	19	2	4	25 /17 %/
Suicidium a családban:	26	8	7	41 /27 %/

Az eseteknek csupán 10 %-ánál /15 esetben/ nem találtunk a
táblázatban kiemelt tényezők egyikét sem, míg a családok
kétharmadában kettő, vagy ennél több tényező halmozottan
fordul elő.

Suicid mintát a gyermek családjában, vagy közvetlen környe-
zetében a 150 esetből 60-ban találtunk /40 %/. Ezt igen
magas értéknek tekinthetjük, különösen akkor, ha figyelembe
vesszük, hogy erre vonatkozó adat a fennmaradó hányadban

sokszor nem állt rendelkezésünkre. /gyakran találkozunk ennek a ténynek különböző okokból való elhallgatásával/.

Természetesen referens személy suicidiuma, vagy kísérlete sokkal inkább szolgálhat mintául, mint a tágabb környezet közvetett hatásai /TV, könyv, stb./ A minta annál hatékonyabb, minél közvetlenebb, mélyebb és sokoldalubb a kapcsolat a mintát szolgáltató és a gyermek között. Eseteink 17 %-ában volt megállapítható a szülők valamelyikének, vagy mindkettőjüknek korábbi suicidiuma, vagy kísérlete /különösen magas ez az arány az anyáknál; 13 %/

Más jelentős személynél a családban /együttélő nagyszülő, testvér /24 %-ban, családon kívül közvetlen környezetben /osztálytárs, barát, szomszéd/ 16 %-ban számoltak be suicid eseményről.

Számos családban a suicidiumok vagy suicid-fenyegetések halmaza szolgált alapot ahhoz, hogy a gyermek konfliktusmegoldási lehetőségként ehhez az eszközhöz nyuljon. Sok suicid fenyegetés, mely a felnőtt részéről elhangzik - nem válik tétté, s azt a család leggyengébb tagja, a gyermek realizálja. Nem ritkán találkoztunk gyermekközösségekben epidémia-szerűen jelentkező suicidium-sorozattal.

Ezekben nagy szerepet játszik az összetartozás, közösségvállalás demonstrálása. Gondos elemzéssel többnyire fellelhető e jelenség góca valamelyik csoporttag személyében aki körébe vonja a valamilyen oknál fogva /empátia, státusért folyó küzdelem/, ráhangolódo személyt, vagy személyeket, akiknek saját problematikája bizonyos szempontból összecseng a centrális csoporttag suicidális tendenciáival.

Valamennyi esetünkre jellemzőnek találtuk a családon belüli kommunikáció zavarát, mind mennyiségi, mind minőségi

tekintetben. Hiányoznak a tartalmas kommunikációk, "nem értik egymás nyelvét", bár sokszor a szülők, mindeneke-lőtt az anyák fenntartják a megfelelő kapcsolat illúzió-ját.

Az eltérő tudatos és tudattalan anyai attitűdök - melyek váltakozva nyilvánulnak meg kommunikatív és metakommunika-tív szinten - forrásai a konfliktusos azonosulásnak, a bizonytalan önértékelésnek, majd a büntudati uton érvénye-sülő autoagresszív mechanizmusok kialakulásának.

/FÜRI, A. 1976., EAGDY, E. 1977./

E témával kapcsolatban a szerzők rendkívül sokat foglal-koznak magának a családnak, mint o g y s é g n e k szere-pén túl az anya és az apa személyiségével.

TOOLAN, J.M. /1962/ vizsgálatai szerint a suicidium idején a serdülőknek csak 2/3-a élt mindkét szülőjével, s család-jaikra jellemző az apa távolléte és az anya túlterheltsé-gé.

DÜHRSEN, A. 11 adoleszcens leány suicidális kísérletének háttérében a család belső egyensúlyának és integritásának hiányát találta:

Az anyák nagy része nem kötődött érzelmiileg az apához; rossz szexuális kapcsolat, illetve a férj leértékelése jellemezte a házasságot. Egyetlen szülőpár sem látta el közösen gyermekét. A legtöbb leány arról panaszkodott, hogy anyja nem szereti eléggé. Ezek az anyák azonban - Dührssen szerint - valójában nem voltak közönyösek gyer-mekeikkel, csupán kettőjük kapcsolata alakult az évek so-rán úgy, hogy a szerepek felcserélődtek, vagy eltávolod-tak a megszokott és vágyott anya-gyermek konstellációtól, s ez a serdülőkorban krízisbe sodorta a kapcsolatot. Hé-

melyek invertált család légkörét teremtették meg, megkívánva, hogy lányuk szülő módjára óvja, gondozza őket. Mások a testvéri identifikáció valamely formájában éltek együtt; a gyermek korán értesült anyja családon kívüli életéről, szexuális kapcsolatairól, apja problémáiról. A gyermekében saját teljesületlen vágyait kergető, vagy a rivalizáló fiatal anya is ambivalens érzelmi kötődés alanya, vagy tárgya lehet. A helyzet a pubertásban válik kritikussá, amikor a gyermekek megtagadják, hogy továbbra is az anya identifikációs objektumai legyenek, s az ambivalens kapcsolatnak a negatív oldalai lépnek előtérbe.

HÜHRSEN, A./1967/.

FÜRI tapasztalatai szerint a suicidium két, vagy több generáció hibás szocializációjára vezethető vissza; a szülők életében is halmozottan fordulnak elő súlyos traumatizáló tényezők, mint suicidogén faktorok. A szülők házasságában jellegzetes a női dominancia, és a férfi leértékelése. "Az anya tudatosan jó anya akar lenni, indulatait mereven túlkompenzálja. A gyermek megnyilvánulásait ellenségesen éli meg, végletes verbális büntetéssel reagál." /FÜRI A. 1975./

FAU és munkatársai /1965/ valamint LANUAY és COL /1964/ minden vizsgált esetben lehetetlennek ítélte meg fiuknál az apai, lányuknál az anyai imágóval való azonosulást, és suicidium létezésében döntőnek tartotta a családi kapcsolatok tartós zavarát. KUN megfogalmazásában: ezek a személyek a "felbomlott, vagy felbomlásban levő családi élet vesztesei". MOUREN P. és munkatársai /1966/ Osgood módszerével végzett vizsgálataik során alapvető problémának a b i z t o n s á g hiányát találták. A vizsgált családok 2/5-ében hiányzik a családfő, a védelmező apa.

A familiáris szerepekben az anyai illetve apai magatartásformák élesen szétválnak. Az anya nem pótolhatja az apát, hiszen

anyai szerepét is vállalnia kell. J.SUTTER /id.DÜHRSEN 1967/
- másokkal egyetértésben - az öngyilkosságot az autoritás hiányának szindrómájaként tartják számon. "Ott, ahol erős apai személyiség véd, soha nem lesznek öngyilkosok" /KAPAMACIJA, B. és munkatársa 1966/.

KUN a szülő elvesztésének időpontját tartja jellemzőnek a suicidium kialakulásában. A személyiségfejlődés zavartalanságához szükséges mindkét szülő jelenléte; ha a szülő meghalt, pubertásban a leválás az ambivalencia illetve a büntudat miatt nem jöhet létre. "Az apának a gyermek 15 éves koráig bekövetkezett halála egyik összetevője a suicid kísérletnek, illetve a suicidium kórának." /KUN, M. 1971./

Természetesen nemcsak az apa halálát, vagy távollétét élheti meg hiányként a serdülő: a "halvány", rigid vagy értéktelen, devalvált apa ugyanolyan azonosítási konfliktust idézhet elő. A "hiányzó apa jelenléte" /MOUREN P. és munkatársai 1966/, talán még komolyabb akadály a egyértelmű, stabil önértékelés kialakulásának.

Vizsgált eseteinkben a szülő-gyermek kapcsolat torzulását, s annak kihatásait a következőképpen tudtuk nyomon követni: Tényleges szülővesztés /a szülő halála/ esetén a másik szülő vállal magára kettős szerepet, aminek természetesen a szerepek összehérhetetlensége, komplementer jellege miatt csak saját szerepének torzulása árán tud "megfelelni". A külön élő szülő helyzete is hasonló: a másik szülő időszakos megjelenése a család életében sokszor kielezi a szerepváltási konfliktusokat. A novelópa az eseteink zömében nem tudott megfelelni egy valószínű apaszerepnek. Ezek az apák nemritkán fiatalabbak az anyánál, rivalizáció tárgyává válnak a serdülő lány és az anya között.

Jellegzetes egy 14 éves lány esete. Az anyánál 10 évvel fiatalabb nevelőapa nemrég került a családba, élettársi minőségben. Az anya előkészítés nélkül fogadta be a gyermek számára szinte idegen fiatalembert a lakásba. A lány minderre igen heves módon reagált; elrohant otthonról, képtelen volt hazamenni, mulasztott az iskolából, bünböltette a magától, hogy ne halljon semmit. Suicidiumát akkor kísérelte meg, amikor szerepkonfliktusa lányreakcióban kulminált: nem ment iskolába, mint egy felnőtt, anyja ezért megverte, mint egy gyermeket, s ő visszautított, mint egy rivális.

Pubertásban a korábbi komplementer jellegű szülő-gyermek kapcsolat helyébe - ahol az egyik fél a szabályozó, a másik a szabályozott, - a szimmetrikus kapcsolatok dominanciája lép; az a folyamat zavart szenvedhet vagy időben kitolódhat.

A gyermek szélsőséges szerepváltásokba kényszerül, mindenképpen kiszolgáltatott. Ezzel összefüggésben adódnak olyan helyzetek, hogy a gyermek nem tudja elviselni az egyébként reális korlátozásokat, annak jeleként éli meg, hogy anyja elutasítja. Az egyedülálló anya gyakran túlzott korlátozással, indokolatlan keménységgel igyekszik ellensúlyozni engedékenységet. Bizalmasaként, mintegy partnerként kezeli a gyermeket, s ilyen módon nehezíti az identifikációt.

13 éves fiú, anyja régóta egyedül neveli, miután elvált a részeges apjától. Időközben több élettársi, s epizodikus partnerkapcsolata volt. Colitises, hyperthyreosisos nő. Súlyos betegségével, megoldatlan kapcsolataival túlzottan terheli, s erősen magához köti a sensitív fiút, gátolja autonóm törekvéseit. Nem mehet sehová a társas kapcsolataitól

megfosztott gyermek. Sportolni sem engedi anyja: kövérkés, tunya, passzív. Tárákeresési próbálkozás kudarcra miatt vett be gyógyszert.

Ismeret jelenség az apafigurák cserélődése: az apa elhagyja a családot, majd visszatér, felváltva tölt el rövidebb-hosszabb időt egyik, vagy másik "családjánál" miközben őt váltják esetleg az anya élettársai. Itt az azonosítási minták megszaporodása az, ami alapvetően gátolja az Én-fejlődést.

Kati 12 éves; házasságon kívül született, anyja ekkor 15 éves volt. A szülők kapcsolata azért szakadt meg, mert az anya megtudta, hogy élettársa nő. Az anya nemsokára házasságot kötött egy fiatalemberrel. Házasságában három gyermek születése után szakadt meg. Kati édesapja hosszú időközönként néha felbukkan, ebből a kapcsolatból azóta újabb gyermek született. Az apaságot nem vállalja, törvényes családjától nem akar elszakadni: felesége féltékenysége miatt nemrégiben üngyilkosságot kísérelt meg. A család központi problematikája az apa visszasszerzése, ill. megtartása. Kati akkor követte el szülei szüleit, amikor az édesapa ismét elment.

Az apa hiánya a pubertásban aktivizálhat olyan indítókat, melyek a gyermeki függőség helyzetében nem merülhettek fel, s amelyek tudatosan-tudattalanul arra vezetnek, hogy apját megkeresse, vagy apa-pótlékot szerezzen. Ez vagy az anya ellenállása miatt nem sikerül, vagy hibás utra terelődik: korai szexuális kapcsolatokba sodródik, esetleg korán házasságra lép. /Retrospektív vizsgálataink alapján azt találtuk, hogy volt betegségeinknek egyharmada kötött házasságot 16-20. életéve között, s többségüknek egy, vagy két gyermeke is van./

A formálisan együttélő családok nagy hányadában az interperszonális kapcsolatok rejtett, vagy nyílt diszharmóniája vezet az emocionális élet zavarához. Tul. a gyermek sorsát nyilvánvalóan károsan befolyásoló durva környezeti értalmakon /a szülők válása, alkoholizmusa, súlyos személyiségzavara, vagy szomatikus betegsége, stb./ kritikusanak tartjuk a suicidium szerveződése szempontjából a válsághelyzetek elhúzódását, ismétlődését okozó ambivalens interperszonális érzelmeket. Hibás választások nehéz felismerését, ill. feladását a hibás döntések, megoldások ismétlése követi: évekig elhúzódó válási helyzetek, fenntartott személységi kapcsolat mellett brutalizmussal, krízisek, amikor a szülők csak a gyermek útján érintkeznek egymással, terhelve a gyereket a választás felelősségével. E családok többnyire szegényes társas kapcsolataival és a súlyos családi emocionális helyzet kommunikációs beszűküléséhez, izolációhoz vezet: nem képesek észlelni és követni a gyermek jelzéseit, megfelelően reagálni megnyilvánulásaira.

A gyermek családi státuszát a személyiség-tényezőknél tul. több tényező befolyásolja: születésének körülményei /első gyermek, nem kívánt gyermek/, a testvérsorban elfoglalt helyzete éppugy, mint a vele kapcsolatos elvárások, stb. vagy a gyermekek száma, neve a családban.

A gyermekkel való individuális törődés hiányának egyik okát KUN a magasabb gyerek-számban látja, míg STANKO nagyobb veszélyeztetettséggel a "kis családokban" számol, minthogy ott a gyermekkel szembeni túlzottabb elvárások a gyermek önértékelését labilisálják.

CSEH-SZOMBATHY L./1967/ a nagy család védő-funkcióját emeli ki, mely a szakadatlan interakciók, a nagyobb integráltság következménye.

Mi magunk inkább szétesettnek mondható nagy családokkal találkoztunk suicid betegeink kapcsán, ahol nem érvényesül a nagy-család- szerkezet kohéziós ereje, több generációra kiterjedő norma-meghatározó védő funkciója. A család egyik-másik tagja, egysége kitaszított, megtűrt, vagy éppenséggel elhanyagolt fizikailag-lelkileg egyaránt. Adataink alapján úgy tűnik, hogy a négy, vagy ennél több gyermekkel rendelkező családokban /150 eset közül 24 /16 %/ legveszélyeztetettebbek a testvérsorban közbülső helyzetet elfoglaló gyermekek, míg a 24 nagy-családból csak két esetben fordult elő az elsőszülött gyermek suicidiuma.

Veszélyeztetettség és testvérsorban elfoglalt helyzet között nem találtunk anyagunkban egyértelmű összefüggést. Tendenciájában azonban úgy tűnik, hogy leginkább veszélyeztetettek az egykék, valamint azok az elsőszülöttek, akiknek egy fiatalabb testvérük van. /150 gyermek arányában 25 % az egyke, a kétgyermekes családok arányában 59 % az elsőszülött./ Ezt alátámasztja az a tapasztalatunk, hogy a suicidiumban közrejátszó masszív okok között a "problémás testvér" elsősorban a kétgyermekes családokból származó betegeinket érinti. A kétgyermekes családok 25 %-ánál állott a család /és a suicid gyermek/ középponti problémája összefüggésben azzal, hogy az egyik gyermek beteg /értelmi fogyatékos, M.sacer, asthma, krónikus bőrbetegség, stb./, és az ép, sikeresebb gyermek kevesebb törődést kap, vagy szegyenkezik testvére miatt, aki társas kapcsolataiban is hátráltatja.

Iréen 14 éves, huga fogyatékos, emuretikus, a két lány közös ágyon alszik. Nem mer barátnőket hívni, mert fél, hogy megérzik a szagot. Ha barátnőkhöz megy, hugát is

vinnie kell magával, nehogy az társaság nélkül maradjon. A szülők valóféltben vannak: az apa alkoholizál, az anya undorodik férjétől, nemrég ő is szucidiumot kísérelt meg. Irón gyűlöli apját, súlyos, életvezetést bénító önértékelési zavarral küzd: akkor vett be gyógyszert, amikor felmerült annak lehetősége, hogy válás esetén az apához kerül.

Néhány esetünkben az idősebb testvér súlyos fokú magatartászavara /kriminalitás, csavargás, promiszkuitás/ miatt a szülők - áttétel folytán - túlféltik, irredálisan korlátozzák a serdülőt. Ugy véljük, hogy a testvérek ilyen jellegű viszonya több gyermek esetén nem annyira determinált. A 150 gyermek viszonylatában 53 a három, vagy többgyermekes családok száma, s ezekben összesen 170 testvérral számolhatunk: ebből azonban mindössze 10 esetben /0,6 %/ szerepelt motivációs tényezőként a "problémás testvér". A 15. számú táblázatban bemutatjuk a 150 szucid gyermek testvérsorban elfoglalt helyzetét, a gyermekek száma szerinti bontásban.

15.sz. táblázat

A szucid gyermek helyzete a testvérsorban:	Gyermekek száma a családban				
	1	2	3	4, vagy több	Σ
Egyke	38	-	-	-	38
Idősebb	-	35	5	2	42
Középső	-	-	7	15	22
Fiatalabb	-	24	17	7	48
Összesen:	38	59	29	24	150

Vizsgálataink során - tapasztalatainknak megfelelően - kiemeltünk néhány - a suicidium szerveződésében szerepet játszó általánosabb környezeti tényezőt. Mindezek a prediszponáló faktorok hasonló nyomait kaptak a már idézett suicidiummal foglalkozó munkák többségében.

3.3. A suicidium közvetlen okai és előzményei

A suicidium megnevezett oka mögött mindig masszív, többszörös és longitudinálisan szerveződött agresszió-halmazó-dással kell számolni.

A gyermekkori suicidális kísérletet - tapasztalataink alapján - minden esetben interperszonális konfliktus előzi meg. A konfliktus irányulását tekintve a következőket találtuk: Az öngyilkossági kísérletet megelőzően a 150 gyermek 40 %-ának volt konfliktusa az anyával, 25 %-ának az apával, 23 %-ának a testvérével, 55 %-ban találtunk iskolai konfliktust. /természetesen átfedés is előfordul/.

A közvetlen kiváltó okok tartalmilag a következő csoportosításban foglalhatók össze:

- egzisztenciális veszélyérzet, válási fenyegetettség konkretizálódása;
- az örömszerzés korlátozása /késleltetési képtelenség/, szeretetmegvonás;
- társas izoláció, barátságban való osalódás, kiközösítettség érzése;
- színvonalon aluli viselkedés /pl. nyílt agresszió, vagy szexuális szabadosság/ miatti büntudat, szégyenérzet, morális csődérzés;
- teljesítménykudarc /intő, rossz osztályzat, bukás/;

Gyakran olyanmire banális a megnevezett ok - egy intő, egy pofon, rossz jegy, a lakáskulcs elvesztése, egy kívánt ruha megvételésének megtagadása - hogy a környezet értetlenül fogadja az öngyilkossági kísérletet.

Sok esetben azonban még a banálisnak tűnő megnevezett ok is jól összeeseng a gyermek /és a család/ alapvető problémáival.

14 éves leány azért vette be a gyógyszer, mert egyesét négyesre javította át, nem akart édesanyjának bánatot okozni. Nem volt rá "szüksége", értelmes, jó tanuló. Igen fegyelmezett, kissé modoros kislány. Otthon sokat segít, foglalkozik fogyatékos testvérével. Rendezett körülmények között élnek, nemrég építkeztek. Az ő házuk a legszebb, legmagnasabb a faluban. A beteg kisgyermekről alig esik szó, szégyenlik. Anyára és lányára egyaránt jellemző az áldozatvállalás hangsúlyozása. Problémamegoldásaikban jellegzetes az elfedés, elhallgatás, a kínos, kellemetlen dolgok kerülése- lényegtelen, feszültségmentes problematika előtérbe tolásával. A gyermek "nem tehetette meg" szüleivel, hogy nem viszonyozza áldozatvállalásukat, a rossz osztályzatot meg-nem-történtté kellett tenni. Hasonlatosan ahhoz, ahogy a család a fogyatékos testvért, s minden kint, magát a suicidiumot is szeretné meg-nem-történtté tenni.

A kiváltó okok olyan értelemben is összefüggésben állnak a suicidiummal nem tudatos kapcsolatban levő mélyebb oki tényezőkkel, hogy voltaképpen kora gyermekkori tárgyvesztésre mintázódnak, s mint ilyenek kapnak dinamikus funkciót. Mint KUN írja: a kisgyermekkori szeretet-tárgyvesztés a későbbi veszteségek elviselésének képtelenségéhez vezet. /A korai anya-gyerek kapcsolat zavarairól a suicidiummal foglalkozó elméletek ismertetésénél szóltunk/.

A prepubertás-pubertásban a szociális tér átrendeződik: nagyobb hangsúlyt kapnak a tágabb - családon kívüli - környezet hatásai. A család eddigi védő-kompenzáló funkciója már nem tölti be korábbi szerepét: a kortársi csoportoktól, az iskolától, - mely a társadalmi értékelések szempontjából döntő jelentőségű - érkező visszajelzések az önértékelés reáli-

sabbá válásához, átminősítéséhez vezetnek.

Érthető, hogy az iskolai konfliktusok nyíltabbá válnak, kiéleződnek, s ilyen módon elmélyíthetik a pubertásban amúgyis gyakori önértékelési zavart.

Tapasztalataink alapján az ilyen konfliktusok háttérében sok esetben valóban húzódik valamilyen értelemben vett csökkent-értékűség, a társas pozíciót kedvezőtlenül befolyásoló tényező: fejletlen, infantilis alkat, vagy éppen-
séggel a másodlagos nemi jelek túl korai megjelenése, obesitas, stb., másfelől a különböző jellegű intellektuális zavarok. 21 %-ban találtunk a suicidiummal szoros összefüggésben álló alkati, szomatikus problémát, s eseteink 35 %-ában tapasztaltunk csökkent intellektuális funkciókat.

PAU és munkatársai /1965/ az intellektuális zavaroknak nem tulajdonítanak fontosságot a suicidium kialakulásában: 13-23 év közötti suicid személyek vizsgálata során 22 fő közül kettőnél találtak debilitást.

LAHNAY, GZ és COL, GN /1964/ hasonló negatív következtetésre jutott.

Érdekes megemlíteni, hogy BAER, A. gyermeköngyilkosságokkal foglalkozó munkájában a kérdéssel kapcsolatban már 1901-ben azt írja, hogy ha az iskola nincs tekintettel a gyermek egyéni képességeire, a túlteljesítés következtében az öngyilkosságra való diszpozíció már korai életkorban kialakulhat.

289 esetből 33-ban mutatott ki összefüggést tanulmányi-iskolai problémákkal.

PARKASINSZKY és munkatársai /1974/ 45 esetből csupán 6 esetben vezették vissza tanulmányi okokra a suicidiumot.

GLASER, K./1971/ szerint fokozott suicid veszélyeztetettséget jelentenek a családi veszteségek, konfliktusok azoknak a gyermekének a szempontjából, akik "intellektuális deficitjük miatt képtelenek konceptuálni és verbalizálni érzéseiket". Ezt relatív értelemben is érvényesnek tekinti: magasan kvalifikált szülők gyakran tagadják a gyermek értelmi korlátait, ami az átlagosnál ugyan nem gyengébb, de alatta van annak a szintnek, amit az adott szubkultura képvisel. Tapasztalataink alapján hasonló jelentőséget tulajdonítunk ezeknek a tényezőknek.

14 éves leány, közepes tanuló.
Az apa egyetemi tanár, az anya főorvos.
Mindig is izoláltan nevelt, kiváltságosként kezelt gyermekük továbbtanulását illetően nem tudnak megbékélni a gyermek képességeiből adódó realitással.
Az anya szavai gyermeke elégtelen felelete után: "nem tudom ki járt jobban, a barátnőm, akinek meghalt a lánya, vagy én, akinek szőgyent hozol a fejére". Az apa reakciója: "Utoljára csalódtunk a g á b a n, ezután már más nem jöhet!"
Erre cáfolt rá a lány, - jött más: a suicidális kísérlet.

A 150 gyermek közül 53-nál /35 %/ szerepelt az alapvető konfliktusok háttérében intellektuális probléma. Ebből értelmi fogyatékos 27 fő /18 %/, 26 határeset, vagy alacsony intellektusú.

Bár kisszámu vizsgálati adattal rendelkezünk a 150 gyermek intelligencia-strukturáját illetően, a teszt-eredmények /HAWIK/ alapján az esetek háromnegyed részében számottevő különbséget találtunk a VQ /Verbális Quotiens/ javára: meghaladja a normál eltérés mértékét - átlagosan 22 %-kal. Az intelligencia-struktúra heterogenitását jellemzi továbbá a Szintézis- és Képrendezés-próbákban nyújtott rendkívül ala-

osony teljesítmény. Ezt úgy értelmezhetjük, mint a gondolati próbacselekvésekben mutatkozó megfelelő intellektuális kontroll hiányát valamely tevékenység célképzetének kialakulásáig vezető úton, a szemléleti mozgékonyság, az organizációs készség fogyatékoságát. Suicid betegeink életvezetése, reakciómódjai ezt a modellt meggyőzően reprezentálják.

Az intellektuális funkciók zavarán, a hátrányos alkati tényezőkön túlmenően a személyiségnek olyan - átmeneti, aktuális diszfunkciói alakulhatnak ki, melyek az adott konstellációban a suicidális krízis szubjektív háttérét képezik. Így, eseteink kétharmad részében kimutathatók voltak a suicidiumot közvetlenül megelőző időszakban a különféle pszichés illetve szomatikus síkon jelentkező tünetek: szorongás, fokozott szenzitivitás, hangulati labilitás, alvásmavarok, étvágytalanság, vagy éppen falánkság, félelmek, közönyösség, sivárság-érzés, fáradékonyság, koncentrációs nehézségek, illetőleg fejfájás, subfebrilitás, subklinikus állapotok, hasi panaszok, praemenstrum és egyéb diffúz szomatikus jelenségek. Mindezek együttesen a személyiség aktuális dekompenzációjának jelei, melyek lényegében megfelelnek a GARFINKEL B.D. /1974/ által depresszió-ekvivalenseknek nevezett tünetcsoportnak. A személyiségnek ebben a helyzetében alakulhat ki a RINGEL által leírt presuicidális szindróma. RINGEL, a p r e s u i c i d á l i s s z i n d r ó m a fogalalkörében három, egymásra erősítőleg ható tényezőt jelöl meg:

- beszűkülést, ami a pozitív élmények korlátozott befo-gadására, s a kiemelt negatívumok túlértékelésére vonat-kozik;
- a gátolt és saját személy ellen fordított agressziót, ami a beszűült emberi kapcsolatok elszegényesedése miatt bennreked;
- és végül: az öngyilkossági fantáziákat, ahol a beszű-ült és agresszióval telített személyiség regrediál a gyermeki fantáziák szintjére, melyben a halál reverzibilis. /Id. "A deviáns viselkedés szociológiája" c. tan. kötet. 1974./

Ebben az állapotban zavart szenved a mérlegelés, megfontolás, s gyakran az acting out mechanizmusnak megfelelően a hosszasan szerveződött folyamat suicidális aktszhoz vezet.

A suicid szándék az esetek többségében a kísérletet követő kathartikus élmény, illetve a terápia során megszűnik. Ha az interperszonális kapcsolatok pozitívan alakulnak, vagy a személyiség az Én-erősödés folytán védettebbé válik, akkor remélhető, hogy recidiva nem következik be.

x

x

x

Kérdőíves felméréssel megkíséreltük nyomon követni suicidális kísérletet elkövetett volt betegeink jelenlegi életkörülményeit, sorsának alakulását.

A visszaérkezett 106 levél alapján a 3-7 évvel ezelőtt kezelt gyermekek állapotának alakulását a következőkben foglalhatjuk össze:

egyértelmű javulás	78	esetben
pszichés állapota változatlan:	20	esetben
pszichés állapota romlott:	2	esetben
új pszichés probléma jelentkezett:	11	esetben
újabb öngyilkossági kísérletet követett el:	4	esetben

4. Az öngyilkossági kísérletek egyes személyiségértékvizsgáló
teszt vizsgálatainak alapján.

Vizsgálataim során a személyiségdiagnosztika központi pró-
bájára - a Rorschach-tesztre támaszkodtam, s az ezt kiegészítő /kétféleprofilos technikával alkalmazott/ Szondi-tesztre.

Ebben a fejezetben e tesztek alkalmazásának tapasztalatairól,
ill. azokról az eredményekről számolok be, melyeket összeha-
sonlító vizsgálatok segítségével nyertem.²

Az elemző munka során 50 suicidiúsnak megkísérelt, 12-14 éves
lányRorschach- és Szondi-teszt adatait dolgoztam fel. Az
eredmények összevetése céljából "sine morbo" kontroll-csoport-
ot alkalmaztam. Mindkét csoport családban nevelődött leá-
nyokból áll, akik az általános iskola 6-8. osztályát végzik.
A kontroll-csoport 22 főből áll, egyikük sem állott még pszi-
chológiai vizsgálat, ill. kezelés alatt, s tanáraik megítélése
szerint "nem problematikus gyerekek". /A kontroll-vizsgálato-
kat két fővárosi - VIII. ill. XIV. kerületi - általános isko-
lában végeztem./

A suicid csoportban 8 leány teszt-vizsgálata két ill. több
öngyilkossági kísérlet után történt, s 42 azoknak a száma,
akik első kísérletüket követő néhány napon belül kerültek
pszichológiai vizsgálatra.

²/ Az adatok feldolgozásában Révész Ágnes /O.I.E./, valamint
Vargha András /ELTE.Pszich.Tanszék/ voltak segítségemre.

A Szondi-teszt adatainak elemzéséhez a két csoportot kibővítettem, így 100 suicid leány, valamint 40 "sine morbo" hasonló koru leány 2-2 Szondi-profilját használtam fel.

4.1. A vizsgálati módszerek.

Hermann RORSCHACH /1884-1922./ svájci pszichológus 1921-ben tette közzé feltértelezési próbáját "Psychodiagnostik" c. könyvének megjelenésével. A vizsgálati eszköz 10 táblából áll, melyen meghatározott jelentés nélküli folt látható./7 szürke és 3 színes/.

Hasonló eljárást Rorschach előtt is számosan alkalmaztak, így Pieron a képzeletnek mint intelligenciafunkciónak a vizsgálatára, vagy Ribakov a képzelet rugalmasságának és hatékonyságának a vizsgálatára.

Rorschach volt az első, aki az addig egyetlen funkció vizsgálatára használt eljárásban felismerte az e g é s z s z e - m é l y i s é g vizsgálatának lehetőségét, s többéves kutatómunkával összeállította a ma is használatos 10 táblás sorozatot, s kidolgozta az értékelés alapelveit.

A teszt azóta a világ számos országában a pszichiátriai-pszichológiai gyakorlat központi eljárásává fejlődött, s számos kutató /Bohm, Neiger, Rapaport, Minkowska, Anzieu, stb. valamint hazánkban az utóbbi években elsősorban Mérei és munkatársai/ munkája nyomán vált sokoldaluan hasznosítható, magas fokban differenciált standardizált tesztté. Klinikai gyakorlatunkban a Mérei-féle jelölési és összesítési technikát alkalmazzuk.^x

^{x/} Az összesítő lapot lásd a mellékletben.

A Rorschach-teszt - projektív vizsgálati módszer, lényege az, hogy a jelentésadásban az egyes készségek, képességek a személyiség egészének alárendelve érvényesülnek, másrészt dinamikus, vagyis nem annyira a teljesítményt, mint inkább a hozzávezető utat, tehát a cselekvés motivációját jellemzi.

Az értelmezés feltételezi a dinamikus pszichológiai jelentésmagyarázatot, mely szerint minden pszichés megnyilvánulásnak előtörténete van.

A Rorschach-teszt különösen kedvez a szükségletek, vágyak, indulatok áttételes megjelenítésének, minthogy a táblák felszólító jellege többértelmű, a foltok meghatározott jelentés nélküliek.

A z á t t é t e l a lelki élet egyik alapjelensége. Lényege az, hogy valamely helyzethez társuló indulat nem közvetlenül jelenik meg: másodlagos folyamatok iktatódnak vágy és csúszkedés, érzelm és viselkedés közé. Ezt a másodlagos megmunkálást a lelki tartalmak /élmények, vágyak, érzelmek stb./ kontiguáltása - asszociatív érintkezése - teszi lehetővé.

Az asszociatív érintkezésnek alapja lehet bármiféle hasonlóság /erre épülnek a szimbólumok/, vagy téri- idői, tehát szituatív társulás, melyben az élmény egy mozzanata képviselheti, felidézheti az egész szituációt. Természetesen az asszociatív érintkezés annál hatékonyabb, annál intenzívebb, minél nagyobb érzelmi-indulati jelentősége van az egyén élettörténetében. Ezen az elven alapul a szabad asszociáció módszere, melyben a gondolatok egymásutániságát az azok által képviselt élmények, indulatok kapcsolódása, "belső logikája" vezérli. Ez valósul meg az álomban, s nagyrészt a nappali álmodozásban.

A R o r s c h a c h - táblák - az asszociációs vizsgálatok szerint - jellegzetes élménykörökben indítanak meg ilyen, a laza képszövögetéshez hasonló képzetáramlást. Ez a vizsgált személy előtörténetének élményhátterén rajzolódik ki, jellegzetes tartalmakat idézve, jellegzetes élményszínezettel, esetleg - kritikus helyzetben - a képzetáramlás jellegzetes elakadásaiival, módosulásaiival.

Ezeknek a tartalmi jegyeknek vagy formai sajátosságoknak a sűrűsödése, vagy relatív hiánya, színvonala, ezeknek egymásutánisága, megjelenésük helye, egymáshoz való viszonya stb., mind támpontjai az értelmezésnek.

Az értelmezés alapja mindig valamilyen összehasonlítás: összehasonlíthatunk két betegcsoportot, vagy egy jegyzőkönyvet viszonyíthatunk a normál standardhoz stb. Vizsgálataimban igyekeztem a két csoportot úgy összeállítani, hogy azok - csoportviszonylatban - minél kevésbé térjenek el egymástól, ill. a kontroll-csoport lehetőség szerint hordozza a vizsgált suicid csoport valamennyi formai jellegzetességét: életkor, nem, családi helyzet, intelligencia-űvezet, stb.

A Szondi-tesztet kiegészítő tesztként alkalmazzuk, ugyancsak a projektív tesztek körébe tartozik. Előnye, hogy elvégzése nehézséget alig okoz, így súlycsabban gátolt neurotikus személyekkel is elvégezhető, s gyorsan ad kemsztmetseti képet a vizsgált személy alapvető érzelmi viszonyulásairól.

SZONDI Lipót magyar pszichiater 1938-40-ben dolgozta ki teszteljárását, melynek anyaga a 48 fénykép, amit hat sorozatban exponálva a vizsgálati személyt nyolc-nyolc "ösztönbeteg" rokon- illetve ellenszenvi megítélésére szolítjuk fel.

Az eljárás azon a feltevésen alapszik, hogy a rokonszenvi-ellenszenvi választás a személyiség egészére kiterjedő motívációs rendszert mozgósít, az elfogadás-elutasítás háttérében azonosítási mechanizmusok, itéleti sztereotípiák húzódnak, s így maga a választás jellegzetes a személyiségre.

4.2. A Rorschach-teszt eredményeinek elemzése.

4.2.1. Általános jellemzők.

A vizsgálati személyek, különösen a kontroll-csoportbeliek kis száma mellett mindkét csoport természetes heterogenitása az adatok összevetésében metodikai nehézségeket okozott. Számításba kellett vennünk, hogy a suicidium maga pszichopatológiai szempontból nem egységes entitás, s az u.n. "sine morbo" csoport tagjai sem minden esetben mentesek neurotikus vagy éppen disszociális tendenciáktól. Minthogy a különválasztásnak az említett szempontokon kívül egyetlen szempontja az volt, hogy átesett-e suicid kísérleten, vagy nem, ezért elvileg feltehető, hogy a két csoport csak a suicidiummal közvetlenebb kapcsolatban levő, dinamikai szempontból differens, elkülönítő tényezőkben tér el egymástól jelentősen.

A két csoport **n e m k ü l ö n ö z i k** egymástól a következőkben:

- a./ Az átlagos feleletszám /táblánként és összesen/ közeli értékeket mutat: a suicid csoport átlagos feleletszáma = 23,64 a kontroll csoporté 24,18./Az értékek egyaránt 9, ill. 10 és 53, ill. 41 között helyezkednek el, normál elosztásban./
- b./ az előbbivel összefüggésben a színes index sem mutat szignifikáns különbséget: a suicid csoport átlagos színes indexe 32,2 /szórás-érték=8,64/, a kontroll-csoporté 31,45 /szórás = 8,69/.
- c./ nincs lényeges eltérés az átlagos reakcióidő tekintetében sem: ennek mértéke 1,24 ill. 1,08.
- d./ csekély /nem szignifikáns/ az eltérés a formaszázalékok / F_1 % és F_2 %/ között;

		suicid- csoport.	kontroll- csoport.
\bar{x}	$F_1\%$	76,8 %	80,75 %
\bar{x}	$F_2\%$	70,14 %	82,1 %

Kétségtelenül jellegzetesnek az adatok arra vonatkozóan, hogy a suicid csoportban valamivel gyakrabban találhatunk az $F_1\%$ -nál alacsonyabb $F_2\%$ -ot: az esetek 20 %-ban haladja meg az eltérés mértéke a 3 %-ot, míg a kontroll-csoportban csupán 9 % az ilyen esetek aránya.

e./ Nincs jellegzetes eltérés a két csoport realitás-indexében: az átlagértékek, valamint az értékek megoszlása /szórása/ közel állnak egymáshoz: 6,22 ill. 5,82 a suicid-ill. a kontroll-csoportban.

f./ Nem tér el a Szociopátia versus Neurózis S/N skála sem: a szociopátiás jegyek közül a suicid csoportban átlagosan 8,36 fordul elő, a kontroll-csoportban 8,09. A "neurózis-jegyek" közül pedig 6,64 ill. 6,59 - s a szórás-értékek is hasonlóak.

4.2.2. A felfogásmód.

A felfogásmód jellegzetes a személy valósághoz való globális viszonyulására, ezt a felfogótípust /FT/ fejezi ki. Az FT támpontot nyújt mindenekelőtt az életvezetés szabályosságának vagy szabálytalanságának, a viselkedés energetikai regulációjának, az alkalmazkodó képesség olyan aspektusainak megítéléséhez, mint a valóságfunkció, a gátlás, a fékezottség, az elaboráció, s az intellektuális színvonal.

A kontroll-csoport összességében véve kiegyenlítettebb képet mutat, mint a suicid csoport, az FT-elemek ritkábban mutatnak gyakoriság tekintetében eltérést a szélsőségek felé, s a kiegészítő elemek kevésbé hangsúlyosak.

Egyetlen konstellációval találkoztam, mely élesen elválasztja a két csoportot, s ez a G - zw, hangsúlytalan egyéb elemekkel. Ez a konstelláció a suicid csoportban 16 %-ban fordul elő, a kontroll-csoportban egyetlen egyszer sem. A sok Gzw- válasz rendszerint súlyos környezeti konfliktusra, s nehéz alkalmazkodásra utal. Az egyes alapelemek preferenciájában nem mutatkozik lényeges eltérés. A leggyakoribb konstelláció mindkét csoportban az átlagosnak megfelelően a G - D/24 ill. 20 %-ban/. Ez az alkalmazkodó beilleszkedés jegye.

A realitáshoz való viszonyt reprezentáló D gyakorisága tekintetében a többi jegyzőkönyv eltéréseket mutat. A suicid jegyzőkönyvben gyakoribb a hangsúlyos D /D vagy D/, mégpedig 30 %, szemben a kontroll 22 %-kal, s fele annyi a kevés D-t tartalmazó jegyzőkönyv (D/ vagy D). A kontroll jegyzőkönyvek 25 %-ában van /D/, s 15 %-ában hiányzik az FT-ből a D /összesen 40 %/, a suicideknél 22 %. Hangsúlyos Dd-t /ki-
írva vagy aláírva/ összesen 3-3 esetben találtam. A kiegészítő elemek nagyobb eltéréseket mutatnak:

DG komb 20 % ill. 5 % -ban,

DG konf 18 % ill. 10 %-ban,

Do 36 % ill. 20 %-ban fordult elő valamilyen

módon az FT-ben, vagyis a suicidek FT-je "színesebb".

A DGkonf., mint a laza fékrendszer, a labilis alkalmazkodás jegye, éngyengeségre, szubjektív gondolkodásra utal. A Do megjelenése gátlást jelent, ami lehet értelmi, vagy lelkiismereti, "mindenképpen a vágy és a cselekvés közé átkelő fék" /MÉREI/.

A D-válaszok fokozottabb hangsúlya az érzelmi-interperszonális konfliktusok mögött gyakran húzódó egocentrizmust, külső szempontok mérlegelési képességének hiányát jelezheti.

A DGkomb-ok nagy száma jó színvonalat jelez, de van egy negatív jelzése is: ha a komb. válasz a szemlélet sodródásának megfelelően, nem igazán kreatív módon kapcsolja össze az elemeket, ez inkább a befolyásolhatóságnak, csábíthatóságnak lehet jelzése, különösen, ha kevésbé jó formával jár. Suicidoknál gyakran tapasztalhatjuk az indulati feszültség sodródásának valamilyen megnyilvánulását a jelentésadásban.

4.2.3. A determinánsok arányait jelző mutatók, az ÉT, az MF és az IT.

A leggyakoribb konstellációk mindkét csoportban:

ambiekvális <u>ÉT</u>	/36 % ill. 55 %-ban fordul elő/
kinesztéziás <u>MF</u>	/42 % ill. 60 %-ban " "
zw-hangsúlyu <u>IT</u>	/52 % ill. 65 %-ban " "

Enyhe hangsúly-eltolódás mutatkozik a következőkben:

a suicid csoportban viszonylag gyakoribb:

a dilatált <u>ÉT</u> /az arány a két csoportban 18 %: 0 %/	
a feszült <u>MF</u> / " " " 34 %: 20 %/	
a feszült <u>IT</u> / " " " 28 %: 15 %/	

Mondhatni, hogy a leggyakoribb konstelláció /ambiekvális ÉT, kinesztéziás MF és zw-hangsúlyu IT/ egyértelműbben jellemzi a kontroll-csoportot, míg a suicid csoport e tekintetben differenciáltabb.

A dilatált ÉT-feszült IT a suicid csoportban 18 %, a kontroll-csoportban ez a konstelláció egyetlenegyszer sem fordul elő, s nem annyira kifejezetten, de számos egyéb konstelláció is ritkább /1-1 eset/ a kontroll-csoportban.

Érdekes megjegyezni, hogy a kontroll jegyzőkönyvek közül csupán kettőben találtam koartatív ÉT-t /a suicideknél 12 %-ban/, s mindkét "fine morbo" leány magasabb értéket mutat a suicid skálákban... Az összefüggés tehát lehetséges, ennek igazolása további elemzést igényel. MASSIGNAU, L. és ZAMPANO, D./1953/. a suicideknél lényegesen gyakrabban talált koartált, vagy koartatív ÉT-t, mely egyéb mutatókkal együtt depresszív jelzés /In: KUN M., 1971./

A koartatív /koartált/ ÉT jelezheti a személyiség beszűkülését a viszonyulások érzelmi "tehermentesítését" /védőgátlás, exhaustio/, mely gyakran jellemző a presuicidális állapotra. A dilatált ÉT pedig ennek az ellentétes megnyilvánulása, mintegy a másik szélsőség: gazdag élményapparátus, magasfoku reaktibilitással, olyan feszültséggel, mely már gátolja a produktivitást, különösen, ha ezt alátámasztja a feszült MP és a feszült IT.

4.2.4. Fékrendszerek:

P % - a mentális fékrendszer hatékonyságát mutatja az érzelmi-
leg- indulatilag különféleleképpen terhelt helyzetekben. Optimális
ővezete 80-90 % közt van, s az $P_1\%$ ill. $P_2\%$ közötti eltérés ± 5
alatti.

A suicid csoportban ezek a mutatók valamelyest kedvezőtlenebbek,
de a különbség itt sem szignifikáns. Az átlagos $P_1\%$ = 76,8 /a
kontrollcsoporté 80,8/, az $P_2\%$ -ok átlaga mindkét csoportban ará-
nyosan másfél százalékkal magasabb, tehát a differenciák kiegyen-
lítődnek.

Kóros /12 %-nál nagyobb/ eltérést $P_1\%$ és $P_2\%$ között/ a suicid
jegyzőkönyvek 12 %-ában találtam az $P_2\%$ javára /a kontroll-jegy-
zőkönyvek között csupán egy esetben/.

A suicid jegyzőkönyvek 48 %-ban az $P_1\%$ nem érte el az optimális övezetet, /kontroll: 37 %/, s 70 % alatt volt az $P_1\%$ -ok 18 %-a /kontroll: 9 %/ A lazább mentális Gék gondolati fegyelmezetlenség, esetleg hiszteroiditás jele.

$P_1\%$ -ok megoszlása a suicid ill. a kontroll-csoportban

70 %	18 %	9 %
70 %-80 %	38 %	28 %
81 %-90 %	42 %	45 %
90 %	2 %	18 %

B-válaszok annak megítélésére adnak támpontot, hogyan tudja a személy a külső valóság elemeit áttételesen, képzeletben, gondolkodásban megmunkálni, az indulati feszültségeket elaborálni, szublimálni, tehát az autonómiának fontos jelzője. Akinck egyetlen B+ válasza sincs, az indulatait nem tudja fékezni, feszültségi toleranciája alacsony, befolyásolható, csábítható, sodorható, 5 vagy több B+ válasznál a fékek túl erősek, az érzelmek elfojtottak, s a személy nagyon nehezen kötődik, ill. érzelmeit a magas hőfok ellenére nem tudja kimutatni./MÉREI/

Mindkét irányu eltérést megvizsgáltam mindkét csoportban és azt találtam, hogy a suicid jegyzőkönyvek 12%-ban/ a kontroll-jegyzőkönyvek 18 %-ban/ egyáltalán nincs B-válasz, míg 16 %-ban találtam 5, ill. több B-választ egy jegyzőkönyvben, /szinválaszokkal többé-kevésbé ellensúlyozottan/, 3-nál több B-választ egyetlen kontroll-jegyzőkönyvben sem találtam.

A két csoport közti eltérés a B-válaszok számát tekintve $p < 0,001$ szinten szignifikáns /suic. átlag=2,4 szórás = 1,83; kontroll átlag = 1,27. Szórás = 0,98./

B⁰⁰⁰-válaszok is a suicid csoportban fordulnak elő magasabb számban / $p < 0,05$ /; egynél több B⁰⁰⁰-választ a kontroll-jegyzőkönyvek egyikében sem találtam, a suicideknél viszont 12 %-ban, ezek csak kivétellel B⁰⁰⁰ válaszok, ezek azonban többnyire a felszaporodott B-válaszok kiegyenlítését szolgálják, önálló mutatóként ezen a szinten nem értelmezhető.

T % - a viselkedési fénrendszet működésének mutatója, az átlag élethelyzetek megoldásának rugalmasságáról, a konveniók betartásáról ad jelzést. Optimális tartománya: 35-45 %. Prepubertásban ez megnövekszik, később inkább alacsonyabb /MÉREI/.

A suicidek 16 %-nál a T% nem éri el a 30 %-ot, ezeknek F% értéke is az optimális alatt van/ 70 % átlagosan, de a 80 %-ot csupán egy esetben haladja meg/. Az optimálisnál alacsonyabb T % F⁺ tendencia mellett befolyásolhatóságot jelez. A T % értéke 34 %-ban magasabb 50 %-nál, a kontroll csoportban ez az arány még szembetűnőbb: a jegyzőkönyvek felében találtam 50-nél magasabb T %-ot./A magas T% a konformizmus jele./

Összességében véve a két csoport között a különbség nem jelentős.

A vulg. % - mint az alkalmazkodás egyik jegye- optimuma 40-50 % között van.

Alacsony vulg.% inádekvát viselkedést, regressziót jelez, míg az optimálisnál magasabb Vulg.% konformizmus, dependencia jele, depresszív jegy.

A következő táblázatban követhető a vulg%-ok megoszlása a két csoportban:

vulg.%	suic.	kontroll
30 %	20 %	27 %
31-40 %	32 %	23 %
41-50 %	16 %	36 %
51-60 %	12 %	9 %
60 %	20 %	5 %

Összességében véve a két csoport nem tér el jelentősen, egyik csoportban sem találunk normál eloszlást. Csoportátlagban a suicid 44,1 %-kal szemben a kontroll-csoport átlagos vulg. %-a 38,5 %, nem szignifikáns.

Jobban követhetőek a különbségek, ha tekintetbe vesszük a vulg. fokozatot is.

Míg a suicid csoport általában valamivel több vulg.választ adott, mint a kontroll-csoport, a másodlagos, ill. harmadlagos vulger válaszok tekintetében a különbség élesebb, vagyis a suicid csoportban a $vulg_1$: $vulg_{2+3}$ arány az utóbbi javára jelentősen eltolódik.

A suicid csoport $vulg_2$ és $vulg_3$ válaszok összegének átlaga 4,26 - a kontroll-csoportban ez az érték = 2,91; /eltérés szignifikáns: $p < 0,02$.

Ez a konstelláció arra utal, hogy a v.sz.-ek konfliktusos helyzetekben szubjektivebbek, a realitással szemben énes, egocentrikus mozzanatok kerülnek túlsúlyba, veszélyhelyzetben elveszítik reális mérlegelőképességüket, tájékozódásuk szubjektív irányba torzul.

Es a jelenség rokonítható a suicidek Wechsler X. /Szintézis/ próbában. nyújtott alacsony teljesítményével, ahol nem ismerik fel a vulgaris figurákat.

4.2.5. Elakadások

A feldolgozásból kihagytam azokat a jegyzőkönyveket, melyekben sok volt a Versagen, vagy a jelentésadás nagyfokú általános gátoltsága túlságosan elszegényítette a textust. /Természetesen ezek a jegyzőkönyvek is értékelhetőek - az elakadások jellegének, megoszlásának megfelelően/.

Ezért a feldolgozástól függetlenül - csakis a súlyos elakadások szempontjából - megvizsgáltam 100 válogatás nélküli suicid jegyzőkönyvet. Ebből az elemzésből csak azokat hagytam ki, ahol a Versagen az egész feladatnak szólt, s az elutasítást csak jelentéktelen mértékben lehetett oldani. Három ilyen-nel találkoztam, itt a Versagenek száma 4 fölött volt. Beszámítottam viszont azokat a jegyzőkönyveket, ahol a Versagenek száma ugyan elérte a négyet, de ezek kudarc-elakadás jellegűek voltak, s a közbeeső válaszok tartalmasak, projektívek voltak. /A kétféle Versagent NEIGER is megkülönbözteti./

Kontrollként a 22 fős kontroll-csoport jegyzőkönyvei szolgáltak.

A számszerint 100 suicid lány összesen 48 Versagent adott. 15-nél fordult elő kettő, vagy ennél több Versagen, egyenél több Versagen /ezek közül 5 debil/. A kontroll-csoportban a jegyzőkönyvek 20 %-ban fordult elő Versagen, egyenél több /2/ Versagen csupán egy esetben, a II. és VI. táblákon. E két táblán kívül Versagen egyik táblánál sem fordult elő.

A következő táblázat mutatja a Versagenek táblánkénti megoszlását a két csoportban.

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	Összesen:
Suicid csoport: /n=100/	2	6	1	9	1	3	8	1	11	6	48
Kontroll csoport: /n=22/		3	-	-	-	2	-	-	-	-	5

A táblázatban jól áttekinthető, hogy sorrendben a IX., a IV. és a VII. táblák váltják ki leggyakrabban a Versagen, míg a III. az V. és a VIII. elenyésző. A IX. tábla minden vizsgálati csoportban a leggyakoribb /MÉREI/, a IV. és VII. táblákra adott Versagen pedig minden suicid skálában szerepel a jegyek között /alap- és kiegészítő jegyek, ill. suicid predikciós skála/. Anyagomban leggyakrabban - több Versagen esetén - a IV. és IX. Versagen jár együtt, ezt követi gyakoriságban a IV. és a VII. táblára adott Versagen együttes előfordulása. Ugy tűnik, az előbbi konstellációban a szorongásos tünetek, az azonosítási konfliktus hátterén inkább teljesítmény-zavarban, az utóbbiban pedig az agresszív indulati feszültség dekompenzációjában jelentkeznek elsősorban.

Az 50 suicid jegyzőkönyv elemzése során azt tapasztaltam, hogy a jelölhető elakadások száma /Versagen, ütközés, zavar, sokk, stb./ általában nem jelentős. Megoszlásukat a következő táblázat mutatja:

	<u>Suicid csoport</u> <u>/n=50/</u>	<u>Kontroll-csoport</u> <u>/n=20/</u>
Versagen	12	7
Sokk	1	0
Zavar	21	4
Ütközés	4	4
Hd-ütközés	0	1
Piros-ütközés	9	1
Zw-ütközés	3	0
Medián-ütközés	1	2

A két csoport között a Zavar-ban és a piros-ütközésben mutatkozik jelentősebb különbség.

Finomabb elemzés során számításba vettem az idő-tényezőt, mint elakadás-jelzót /táblánkénti reakció-idő megnyulás, latencia-idő meghosszabbodása/, a jelentésadás táblánkénti színvonal-ingadozásait, s a jelentésadási zúkkenők improduktív "áthidalásának" olyan megnyilvánulásait, mint a verbalizmusok vagy tartalmatlan reakciók, stb. leírások megjelenése a kritikus helyzetben.

Ezeket a finomabb elakadásokat is figyelembevéve mindkét csoportban a II. tábla okozta a legtöbb gondot, második helyen azonban a suicid csoportban az I. tábla következett, míg ez utóbbi a kontroll-csoportban alig váltott ki elakadást. Hasonló az eltérés a VIII. tábla vonatkozásában is, melynél pedig jelölhető elakadással alig találkoztam.

4.2.6. Tartalmi sajátosságok

Az általános tartalmi jellemzők tekintetében a következőket állapíthattam meg: a tartalmi körök száma hasonló a két csoportban: a suicid^{ek} valamivel több tartalmi kört használnak /11,62-t szemben a 10,32-dal/, de az eltérés nem szignifikáns. Eltér azonban a két csoport az egy válaszra jutó tartalmak számában: a /tartalmak szórása/ a suicid csoportban $p < 0,01$ szignifikancia-szinten magasabb /1,33 szemben az 1,18-dal/, ami a képzetáramlás gazdagsága mellett a viselkedés feszültebb asszociatív hátterére utal.

Az egyes tartalmak mennyiségi-minőségi elemzése során azokat emeltem ki, ahol valamilyen szempontból jellegzetességet találtam. Így a suicid jegyzőkönyvekben magasabb $M\%$ -ot találtam, valamint jellegzetes eltolódást az $M:M_1$ arányban.

Szignifikánsan több Szörny, Myth, Explozió választ sajátos kontextusban előforduló Architektura és Barlang-válaszokat találtak.

Az M-válaszok.

Az M-válaszok⁰² emberi dolgok iránt érdeklődést, humánus és szociális beállítottságot jelentenek; magukban foglalják a belső szabadságnak, az ismeretnek az igényét is, írja MÉREI.

Az M-válaszok megjelenése a Ro-próba során a jelentésadás projektív lendületéről tanúskodik. Mőlylólektani vizsgálatok /NETZMANN és PHARCE/ melyek az M-válaszok háttérének felderítésére irányultak, azt mutatják, hogy az analízis kezdetén felvett jegyzőkönyvek M-válasza az esetek háromnegyed részében magának a vizsgálati személynek az élethelyzetét, vágyait fejezték ki, ezeknek elsődleges projekciói voltak. Az esetek többi részében más személyek projekcióját fejezték ki, olyanokét, akikkel a vizsgálati személy ellenazonosításban volt. Az értelmezés támpontjait 10 hónapos analízis során nyerték. A vizsgálat azt mutatja, hogy nem fordult elő olyan M-válasz, amelynek ne lett volna a vizsgálati személy élethelyzetével összefüggő projektív háttére. /MÉREI, 1968./

Az M-válaszok magas aránya nyitottságot, szociális igényt jelez. Prepubertásban /és adolescenciában/ az M-válaszok fel- szaporodnak, /15 %/, míg serdülőknél /15 év körül/, akiknek kapcsolatkézsége gátolt, számuk mélyen alatta marad az átlagnak /MÉREI/.

Vizsgálati anyagomban a 22 fős kontroll-csoportban az átlagos M%-15,2 volt, a suicid csoportban pedig ennél jóval magasabb; 25,8 / $p < 0,001$ /. Részleteiben tekintve az M% három komponense közül az egész ember válassza a legfontosabb, itt a jegyzőkönyvenként 2,5 M válasszal szemben a suicideknél 4,0 M

válasz fordult elő, s kétszer annyi a /M/ válaszok száma is. Az M:Md arányban az M-tulsúlyt találtam jellegzetesnek, /az arány 4,9:1,2/, bár a két csoport között etekintetben nem találtam éles különbséget, tehát az értékek arányosan emelkedtebbek a suicid csoportban:

Az M % megoszlása a két csoportban

	Suic.	Kontroll
≤ 10 %	12,0	27,3
10 - 19 %	22,0	50,0
20 - 29 %	34,0	22,7
30 % ≤	32,0	8
	100,0 %	100,0 %

Az esetek együtödében az M a legnagyobb tartalmi csoport, míg a kontroll-csoportban az M% egyetlen egyszer sem közelíti meg a 1%-ot.

Főként 16-22 éves lányoknál irnak le u.n. "M-típust", ahol az M a legnagyobb tartalmi csoport. Erre a csoportra nagyfoku reaktibilitást és minden frusztrációra heves reakciót találtak jellemzőnek: "gyakori az impulzív cselekvés és az elhárított indulatok áttételes "acting out" érvényesítése; konfliktus-helyzetben öngyilkossági kísérlet lehetséges" /MÉREY/. Ezt a típust jellegzetesnek találtam az általam vizsgált suicid csoportban.

/A suicid csoporton belül azok, akiknek több öngyilkossági kísérletük volt - nem mutattak eltérést az M% tekintetében/.

Az/M/ megoszlását is jellegzetesnek találtam: a suicid csoportban az esetek 20 %-ban találtam egy jegyzőkönyvben 2 vagy több /M/-et, a kontroll-jegyzőkönyvek közül pedig csupán egyetlen esetben fordult ilyen elő. / $p < 0,1$ /, s az esetek 68 %-ában egyáltalán nem volt /M/ válasz. Már az eltérés nem szignifikáns,

mégis jelzésnek kell tekintenünk, ha figyelembe vesszük, hogy a /M/ az emberi dolgokhoz való ambivalens irreális viszonyulást jelzi /kötődések, jogok, kötelezettségek/, ami a suicidiumok háttérében nyilvánvalóan szerepet játszik, s lokális értelmezésben feltétlen jelatóságuk van.

A "sok M - kevés Md"-vel jelzett viszony az M%-on belül önértetességre, kompromisszumok elutasítására utal - ezt mindkét csoportban hasonlóan találtam. /A suicid csoportban az esetek 42 %-ban hiányzott Md-válasz, a kontroll-csoportban ez még magasabb: 55 %./ A suicid esetek 66 %-ában állapítható meg M-tulsúly, a kontroll csoportban ez az arány 55 %./

Mindezekon túl: az M-válaszok felszaporodása jelzése lehet a postsuicidális kapcsolatkereső állapotnak is, amikor a személy minden érzelmi-intellektuális "csúpjával" kapaszkodót keres, minthogy magát minden addigi kötelektől elszakította /vagy legalábbis, azt hiszi, hogy elszakította/. Ilymódon prognosztikailag kedvező jegy. Ha kevés az M-válasz - aszocialitásra, az emberi dolgok iránti közömbösségre, befeléfordulásra, depresszív tünetképződésre gondolhatunk. /A suicid csoportban két jegyzőkönyvből hiányzott az M-válasz, s összesen 12 %-ban maradt az M % alatta a 10 %-nak, a kontroll-csoportban semmi-vel sem kedvezőbb a kép: M % < 10 %-nál az esetek 27 %-ában./

Szörny-válaszok elterjedése.

A suicid jegyzőkönyvek 30 %-ában, a kontroll-jegyzőkönyveknek csupán 10 %-ában találtam szörny-választ.

A szörny-válasz - a világ fenyegető voltának az érzését fejezi ki, szekvenencia-értelmezésben támpontot nyújt a félelem tárgyának megítéléséhez. A félelem tárgya lehet főként teljesítménnyel összefüggő félelem, a szeretet tárgyának elvesztésétől való félelem, élethelyzettel kapcsolatos félelem, stb.

A IV. tábla felszólító jellegénél fogva könnyen vált ki autoritással kapcsolatos szorongást, elsősorban az apához fűződő viszony háttérén. Minden lehet félelem tárgya: a kontroll-jegyzőkönyvekben előforduló Szörny-válaszok nem sűrűsödnek táblánként, a megoszlás egyenletes. Suicid jegyzőkönyvekben ezzel szemben a szörny-válaszok 60 %-a a IV. és a I. táblán fordul elő, tehát szorongás tekintetében kritikusnak mondható az apához valamint az élettérhez való viszony.

Tartalmi-szekvenciális tekintetben gyakran kapcsolódnak büntetési elemekhez, a leleplezéstől, a büntetéstől való szorongáshoz, melyek mögött testvér-rivalizációt, inceszt konfliktust, szexuális feszültséget találhatunk: gyakran társul szem, szarum, anat. tartalommal a jelzett kontextusban.

A Mythológiai elemek előfordulása 10 %-os szinten szignifikáns a suicid csoportban / $\chi^2 = 2,95$ / A suicid jegyzőkönyvek felében fordul elő ez a tartalmi jegy, míg a kontroll-jegyzőkönyveknek csupán egynegyedében.

Szfinksz, Ős-sárkány, angyal, ördög, többnyire mint az archaikus szorongások, ösztönkésztetésekből eredő konfliktusok, mágikus gondolkodás megjelenítői értelmezhetők: a képzetáramlásban gyakran bukkannak fel - a szörny válaszokhoz hasonlóan konfliktushelyzetben: "Két Ős-sárkány viaskodik egymással, az erőszakosabb a végén pórul jár", két testvér veszekedésére utaló válasz után "angyal, koronával a kasban"; Ösztön-Én- Felettes-Én konfliktusa, Én és Én-ideál szembesülése tükröződik az olyan válaszokban, ahol egy lány a víz fölé hajol és a tükörképe egy angyal, vagy hol angyalok fognak egy női alakot, hol két ember fog egy angyalt /I.tábla/. A sárkány, aki a halált ábrázolja mesealak lesz, vagy egy mesekönyv illusztrációja, az ördögök me nekültnak, az óriás meglovagolja a sárkányt, de a veszélytelenítő-bagatellizáló elhárítás nem bizonyul elégségesnek, mert kíséretében felbukkannak a reális tartalmak; a fojtogatással fe-

nyezető ember-alak, a gunyos, megvető novetés, stb.

A szörny-válaszokban jelzett tendencia kiegészítéseképpen a Myth.-válaszok 1/3-a ugyancsak a X. táblán fordul elő a suicid csoportban.

Az exploziót kifejező válaszok sajátosságai

Explozió-válasz a suicid jegyzőkönyvekben lényegesen gyakoribb, mint a kontroll-jegyzőkönyvekben; átlomszor olyan gyakran fordul elő, jelezve a heves indulatokat, melyek a suicidiumot kísérik, melyekkel szemben a személy tehetetlennak érzi magát.

Szinte kivétel nélkül b--szal jelzett kudarc-rakcióval társul, valamint indulat-vezérelt képzetáramlással, melyben a mentális fókák háttérbe szorulnak a mindenkori helyzet kínálta "rövid-zárlatos" megoldásokkal, szorongásos feszültségre való állandó készenléttel szemben /FbP, HdP/. Az explozió válaszok közel fele a IX-táblán fordul elő a suicid anyagban, ezt gyakoriságban a II. és a VI. tábla közelíti meg.

A IX táblán talált gyakoriságot a feladathelyzetben mutatkozó labilitás jegyeként tekinthetjük. Ez egybevág azzal a tapasztalatunkkal, hogy a suicidium motivációs hátterében - egyebek mellett - 55 %-ban iskolai konfliktus húzódik. /lásd 3.fejezet/

Architektúra-válaszok alapján talált jellemzőességek

Ez a gyerekeknél gyakori válasz-típus a biztonság igényének, s egyben a bizonytalanság-érzésnek áttételes kifejezője. Az épületek védelmet nyújtanak, stabilitást fejeznek ki, s egyben a személyiség egészét is jelképezik /Schermer, in: FREUD, S.1971./

Bohm államférfiakra utal, akik bizonytalan helyzetüket monumentális épületekkel kompenzálták /Caligula, II.Vilmos, a német II. Lajos /MÉREI/.

Az archit. válaszok számszerű előfordulását tekintve nem találtam eltérést a vizsgált két csoport között: a suicid jegyzőkönyvek 40 %-ában, a kontroll-jegyzőkönyvek 45 %-ában találtam Archit.választ. A válaszok értelmezése azonban lehetőséget ad a további elemzésre. Ha tekintetbe vesszük a válaszok konpenzatórikus-elaboratív jellegét, a kísérő tartalmakat, ill. a különleges reakciókat, a szekvencia-értelmezést, a két csoport jellegzetesen elkülönül egymástól.

Amíg a kontroll-jegyzőkönyvek Architektúra-válaszai többnyire nem igazán projektív jellegűek, semlegesek, ill. elaboratív értékűek, addig a suicid válaszok gyakran /az esetek felében/ szimbolikusan utalnak a gyermeknek a szülői házzal, élethelyzetével, "Self"-fel kapcsolatos tudatos és tudattalan bizonytalanságára, szorongásra, ill. vágyakra. A "Self" fogalmát közelíti meg leginkább mely "az önmagával kapcsolatos /tudatos és tudattalan/ észlelések, élmények egységbe szövődése"/KO-HOUT, IN:VIKÁR, 1976./.

Példaképpen idézek néhányat az ilyen típusú válaszok közül - mindkét csoportból:

Kontroll-jegyzőkönyvekből idézett Architektúra-válaszok:

- | | |
|-----------|--|
| I.tábla | "Török ház pillérekkel, oldalfalakkal"
"Várkapu ablakokkal" |
| II.tábla | "Kupola" |
| VI.tábla | "Hegység, a tetején vár áll, tükröződik a vízben" |
| VII.tábla | "Mintha egy lépcső vezetne le egy alagúthoz" |
| X.tábla | "Két part, itt egy híd rajta" |
- egyéb: kastély, úrhajó állványa, Eiffel-torony stb.

Suicid jegyzőkönyvekből idézett Architektúra-válaszok:

- V.t. "Egy régi várkapu boltozata, ami le van rombolva és csak egy darab maradt meg belőle"
- VII.t. "Börtönablak, ahogy az idők folyamán lerombolódott és innen hiányzik egy darab"
- VII.t. "Mint egy boltozat, amit nagyon labilisan tart valami oszlop-szerű és úgy néz ki, mintha mindjárt el fogna dőlni"
/az ezt követő választ rivális testvérhalymetre utal, orális agresszió tartalommal/.
- I.t. "Nagyobb állatok húzzák a kisebbeket, testvérek lehetnek. Valami miatt nem szívesen mennek, erőszakkal kell őket odavinni .../3/ Téli vacok, oda mennek... csak ezeket látják vendégül"/
- VI.t. "Mintha egy várat fölrebbantanának és füstöl, azért ilyen homályos"

Ezek a válaszok deform, hiány, unbestimmt, statikai relációkkal, különféle szorongásos elemekkel /füst/ terheltek, néhol pedig sacrális elem utal otthommal szembeni büntudatra /"templom" a II.t-n/.

Barlang válasszal ritkábban találkoztam /a jegyzőkönyvek 8 - ill. 10 %-ában/. Szimbólikus értelmezésben részben kapcsolódik az Archit. válaszok köréhez, amennyiben utalást tartalmaz az elbujásra, védelem-keresésre, különösen az anyával kapcsolatos ilyen jellegű vágyakra, fantáziákra, esetleg frusztrációra. Ha a suicid jegyzőkönyvekben a barlangba "nem hatol be a napfény", ha a barlangban "jégcsapok lógnak", vagy "vadállatok védik", úgy joggal gondolhatunk arra, hogy az anyához fűződő viszony érzelmileg terhelt, amibvalens, kielégítetlen, stb., s hogy a tábla ebben a vonatkozásban mozgósította a képzetáramlást.

Jellegzetesnek találtam az Archit. ill. Barlang válaszok táblánkénti megoszlását is. A kontroll. ill. suicid jegyzőkönyvekben

talált válaszok megoszlása:

I. táblán	3 jegyzőkönyvben	4 jegyzőkönyvben
II. "	3 "	5 "
III. "	- "	- "
IV. "	- "	4 "
V. "	2 "	2 "
VI. "	1 "	2 "
VII. "	4 "	11 "
VIII. "	1 "	0 "
IX. "	2 "	3 "
X. "	1 "	5 "
Összesen:	17	36
	/n = 22/	/n = 50/

Mindkét csoportban kiemelkedik ebből a szempontból a VII. tábla, de minőségi, tartalmi elemzés alapján a suicid csoporton belül is a VII. tábla kivételével a többi táblára adott válaszoknak nagyobb hányada semleges, ill. kompenzatorikus jellegű, míg a VII. táblára adott ilyen válaszok csaknem kizárólag szorongásos tartalmúak. Ez alátámasztja a fenti értelmezést.

4.2.7. Különleges reakciók

A suicid csoport két fajta különleges reakció-köreiben különül el egymástól. Az egyik - eddig nem tisztázott okból - az elaborációk köre, mely reakciók a jelentésmadási színvonal emelkedését, a teljesítményt zavaró feszültségek feldolgozásának képességét jelentik. Mindenképpen sztereotikus készségeket mutatnak, az értelmi képességek, az akaratilag erőfeszítés mozgósításának képességét tükrözik. /Az elaborációk nagyobb gyakorisága talán összefügghet a suicidiumot követő napokban bekövetkező pszichés ellazultság és éviszonylagos tehermentesség állapotával, melyet a kórházban a pszichoterápiás kapcsolat kedvezően befolyásol./

A suicidok jegyzőkönyvenként átlagosan 7,3 elaborációs reakciót adnak, míg a kontroll-csoport tagjai csupán 4,4-et. A különbség $p < 0,02$ szinten szignifikáns, = ezt elsősorban a kombináció és a perspektíva reakciók képviselik.

Tendenciaszerű eltérés mutatkozott a dezorientációk körében: a suicidok általában több különleges reakciót adtak ebben a körben az átlagosnál. /6,9 szemben a 4,6-al/ $/p < 0,1/$ Ez a egyéb tényezőkhez hasonlóan tájékozódás labilitását, a realitás szubjektív áthangolását /veszélytelenítését, stb./ mutatja.

Nem szignifikáns az eltérés, de tendencia-szerűen mégis értékelhető az agresszióban, az intencióban, a szubjektív reakcióban, a dereizálásban és a részletezésben adott reakciók nagyobb gyakorisága a suicid csoportban. $/p < 0,1/$.

Legjelentősebb eltérés $/\chi^2 = 8,85/$ $/p < 0,01/$ az orális reakcióban nyilvánult meg; ez a reakció az infantilis dependencia, az inadekvát önérték, énség, felelőtlenség, vágyteljesítő mohóság modellreakciója. A suicid csoportban 28-an adtak orális reakciót /56 %/, a kontroll-csoportban mindössze 4-en /18 %/. MÉRREI/ 50 fős 6. ált. iskolás csoportban egyáltalán nem talált orális reakciót/.

Matematikailag nem értékelhető jellegű további különbségek vannak néhány más különleges reakcióban is.

Igy, a suicidok lényegesen több reakciót adnak a következő típusokból; obj.kritika, annulláció, élettelenítés, dereizálás /a veszélytelenítő-indulattalanító elhárításra/, transzparencia, juxtapozíció, kontur-reakció /infantilizmus-, acting out-készség/ csonkítás, deform, hiány-reakció /betegségtudat, szorongás, neurotikus reakció jegyei/, valamint az inadekvát kineztiázia, a szer. ütközés és a veszély-projekció, melyek inkább lokálisan és tartalmilag értelmezhetők.

4.2.8. Az első válasz.

A jelentésadás különböző szinteket futhat be: a valódi azonosulást a vizsgálati helyzettel, a képzetáramlás "laza", álcához hasonló szövését gyakran előzik-, vagy szakítják meg jelentésadási zárlatok, az ellenállás és elhárítás különféle megnyilvánulásai.

Az "első válasz" /az első tartalmas, projektív válasz/ nem mindig a legelső helyen áll, de előzményeivel együtt értékelendő:

Az I. tábla a bemutatkozó helyzet képe, a vizsgálati személy önmagához való viszonyáról ad felvilágosítást, s egyben egy új helyzethez való alkalmazkodás jellegének felfedésére ad lehetőséget, s különösen érzékeny az önértékelési zavar feltárására.

MÉREI írja, hogy "amíg M-választ nem kapunk, addig a jelentésadásnak nincs projekciós lendülete".

Az M-válaszok megjelenését azonban gyakran állat-válaszok előzik meg, amelyek redukált, áttételes formában ugyancsak kifejezői lehetnek a vizsgálati személy önmagáról alkotott képzetének, "Self-gének /lásd. 31. old./

Ilyen értékű válaszok pl. a következők, melyeket suicid jegyzőkönyvekből idézek s melyek többnyire konfliktusokra utalnak:

I.t. "Denevér.... vagy veszekedett, vagy tuskák között járt, mert bőrszárnya sok helyen el van tépkedve .. üldözői elől repül"

I.t. "Saw, csak nincs itt a feje"

I.t. "Először, amikor megláttam, bagolynak néztem ... Emberalaknak is kinéz, csak a feje nem egészen olyan tökéletes"

I.t. "Két kiskutya verekszik ..." majd III.t. "Két nő veszekszik..."

I.t. "Szarvasbogár kiterítve, széttaposva".

Önértékelési bizonytalanságra, a "Self" bizonytalanságára utalnak azok a válaszok /első válaszok/, melyekben a vizsgálati személy látszólag nem tudja meghatározni magát, ill. azonosulni egy szimbólikus alakkal. Bizonytalan a folt jelentését illetően: lepke-szerű, de bizonyos feltételek mellett "emberalakzatja is lehetne", vagy "nem emlékeztet semmire", de "hátról emberre" /nem vállalja magát a tükör előtt/ "csak feje nincs" - mintha képletesen szólva csakugyan "elvesztette volna a fejét", vagy röntgen képre projiciál:

"Röntgen-kép negatívja, a széle el van kenődve, rosszul hívták elő. Bordák, gerinc Valami baja van, egy pötty van a gerincén/ 14/ ...

"Viz fölött áll egy kutya, vagy egy nyul, vagy egy hosszúfülű állat... Nem tudom, mire hasonlít, valami szörnyre" /-tükörbe néz"/

"Lepke is lehet, aminek a szárnyából letépdestek" /sérelmekre utalás/

"Valami nagyobb bogár, akit megvert egy másik és össze-vissza tépdeste a szárnyát".

"Mintha egy emberalak lenne, de feje nincsen... egy félbeszakadt ember, szét akarják őt húzni".

"Középen egy nőt ábrázol, nincs feje, szárnyaló alak... A győzelem istennője jut róla eszembe.... és még mintha rém lenne, a színe is, hogy fekete, a kezét is így tartja, mintha fojtogatni akarna és félelmetes, visszataszító.... mintha a halált ábrázolná" - ez a válasz-szöveg egyszerre utal a vágyra, hogy szárnyaló nő, a "győzelem istennője" legyen, s a szörnyű, önmagát visszazásztó halálos indulatokra, melyet a rém jelenít meg.

A bogárról pedig tudjuk, hogy gyakran a kigyermek, vagy az azonosítás tárgyául szolgáló kistestvér szimbóluma lehet.

Az első válaszok gyakran adnak információt a vizsgálati személy alkalmazkodási erőfeszítéseinek jellegéről, természetéről is.

"Szerintem ez nagyon hasonlít arra, mikor az ember tükör előtt csinál egy mutatványt a bordásfalon"

"És itt középen két német ktona/1/, ez itt az árnyékuk/2/, a sasnak a szárnya /Ut: cimer/És valami nagyobb hatalom.."

Ilyen típusú válaszok ugyanígy előfordulnak a kontroll-jegyzőkönyvekben is:

"Szerintem cirkuszi attrakció lehet, erőművészek, jó izmok" - közvetlen utalás az erőfeszítésre;

"Mintha két ember sisakban, mérkőzni akarnak" - a sisak jelzi a rejtőzködő-védkező attitűdöt;

Jóval gyakoribb azonban a suicid jegyzőkönyvekben az olyan első válasz, mely az alkalmazkodási erőfeszítés esődjére, feladására utal. Ilyen elsősorban az I.t.-ra adott Versagen, de a két csoportban tekintetben nem találtam semmiféle eltérést. Jóval nagyobb a jelentősége tapasztalatom szerint a diszkrétebb formában jelentkező zavaroknak.

A suicid csoportban gyakoribbak az I.táblán a tartalmatlan reakciók, a megnyult reakció idő, a Versagen-tendencia, s a színvonal-~~és~~ különféle jelei: forma-adekváció hiánya, válaszrontás, infantilis reakciók, stb., melyek később feloldódnak.

Összességében nézve: a suicid csoportban az I. tábla kétszer gyakrabban vés ki valamiféle elakadást, mint a kontroll-csoportban, egyértelmű jeleként az identitási, alkalmazkodási bizonytalanságnak.

4.2.9. Az utolsó válasz.

A X. tábl₂ egésze a külvilághoz ill. élettérhez való globális viszonyt, viselkedési stratégiát mintázza. Különösen kritikus a depresszív állapotokra, elidegenedési folyamatokra. Az élettér K.LEWIN dinamikai és topológiai rendszerének értelmében "azoknak a tényezőknek az összessége, amelyek az egyén magatartását egy bizonyos pontban meghatározzák; az élettér a lehetséges események összességét jelenti; magában foglalja a személyt és a környezetét". /MÉREI, 1968./

A vizsgálati személy tudja, hogy az utolsó tábla van előtte, s ez arra motiválja, hogy elmondja, amit eddig nem mondott el, a külvilághoz, önmagához, vagyis élettéréhez való viszonyának alapjellegét, vagy a felszínen lévő központi problémáját, melynek megoldásában segítséget vár.

A táblához való viszony lehet elfogadó /passzivitás és aktivitás különböző szintjein/, vagy elutasító. Aki számára a világ félelmetes, aki a világban rosszul tájékozódik, akinek a központi problémája saját helyzetének megítélése, az válaszában ezt kifejezésre juttatja.

A kontroll-jegyzőkönyvek etekintetben igen heterogén képet mutatnak. Az adekvát megoldásokon túl /általában D F + PFb + T vulg. válaszok sora/ különbözőbb érzelmi feltöltés nélkül/, viszonylag gyakran találkozom többé-kevésbé enyhe formában megmutatkozó belső bizonytalanság, infantilizmus, irrealitás különféle jeleivel környezeti konfliktusra utaló válaszokkal, stb. Pl. "... nagyon tetszik a színek keveredése, a rózsaszín és a kéknek az egybefolyása, annak ellenére, hogy az egész nem tetszik; nem értem a kapcsolódásokat, hogy miért pont így, szóval ez nem tiszta számomra". "Ha ez a két szürke folt /3/ nem

lenne, azt lehetne hinni, hogy mulatozás van, mintha valamit sütnének, grillesírkét /5/. Talán a szürkék valami rosszat eszínáltak, üldözték őket és most végre megtalálták, megbüntetik, ezért örülnek a többiek. Sok benne a szín, de most nem vidám; lehet hogy jó kedvre derülnek tőle az emberek, de az a két szürke felt nagyon szomorúan hat. Azt hiszem, hogy ezt a kettőt igazságtalannul bántják". "Mint mikor ezt a felét összehajítja valaki, lenyomat ... pacák, festékfoltok vannak rajta... vagy, ha csak ezt a részét nézzük, egy bohóc kifesti magát, piros a haja, kék szemű, zöld bajuszt ragaszt magának." /ciklárius jelleg érzelmi labilitás inadekvát, ószintétlen érzelmi viszonyulással/.

A válaszokat csupán önmagukban értelmezni hiba volna, mégis számos olyan mozzanatot szemléltetnek, melyek különösen az exploratív anyaggal együttesen értékes, hasznosítható támpontjai lehetnek a problémafeltárásnak, ill. terápiának. A suicoid jegyzőkönyvek itt idézett "utolsó válaszait" ezért kiegészítem - az exploráció során - nyert élethelyzeti adatokkal:

"Ez itt talán egy szakadék egy hegyben /10/, két zuhanó állat /1,12/ és ez a kettő dobja bele/3/".

A vizsgálati személy suicoid kísérletét megelőzően debil, sacceres hugát egy veszekedés során belelőkte az ajtóba, melynek üvege sérülést okozott. A testvérek közötti állandó háboruszkodást szítja az apa assal, hogy a nagylánynak mindenben engednie kell, őt viszont mindenben korlátozzák, devalválják, elégedetlenek vele. Most indulati örvénybe került /"szakadék"/, ő maga veszélybe sodorta, ("lelőkte") hugát, s a válaszban benne foglaltatik az is, hogy ezért a szülők /a félre lévő két alak/ a felelősek.

"Nagyobb állatok huzsák a kisebbeket.... testvérek lehetnek... huzsa őket, vacogva mennek... ezek /j.o.-n/ szívesen mennek, ezeket meg vonssolni kell./b.o./ Valami miatt nem akarnak odamenni, úgy kell erőszakkal odavinni... mintha két ósárkány viaskodna egymással, összeeresztik az alattvalókat, a párokat, azok is viaskodnak egymással; a bal fog győzni, jobban fel van szerelve ... ha megfordítom, az erőszakosabb pórul jár, a másik itt már a fegyverével van felszerelve. Ide mennek /3/, téli vacok, csak ezeket látja vendégül...."

A suicidium hátterében a szülők fenyegető válasza állott /"Válasszanak a gyerekek, kinél akarnak maradni"/. A Ro-válasszban legfeltűnőbb az indulatok újraéledő küzdelme, a családi hásszal kapcsolatos ambivalencia, amit a jobb és baloldal "viaskodása" reprezentál, valamint a nyílt agresszió elutasítása /az erőszakosabb pórul jár"/. A válasszban tükröződik a függőségi igény is - a menedék-keresés, ami a vágyteljesítő vendéglátásban szorul.

Számos esetben találtam olyan utolsó választ, mely nem ilyen komplex módon tartalmaz utalást az élethelyzetre vonatkozóan, mégis jellegzetes problematikára, vagy az élethelyzet jellegzetes élményszínezetére utal.

Ilyen válasszok a következők:

"Valami támadás,; fölül két állat /3/ veszekszik valamin, itt /6/ sárkány, jönnek idefelé /4-hez/" - az indulat-áramlás megszakad, távolítás, unbestimmt reakció jelzi az indulattalanitást: "vizisárkány, régen voltak ilyenek, nem tudom, hogy hívják, valami ilyen".

"Két ember a szakadék fölött/5/; két szörny veszekszik egymással/3/".

"Két ember /10/, ezek bogarak, megtámadják őket; mérges rovarok, ők győznek".

"Egy barlangnak a fala /10/, a teteje hiányzik ... két alak /5/ tart egy korsót". "Mintha valamit építenének, egymásnak adogatják a köveket." /utalás a családi helyzet bizonytalanságára/.

"Ez a szervezet, ahogy megrohanják a különböző betegségek, bacilusok".

"Törz rovarok, össze vannak így fonódva; középen ez ilyen végeél /3,13/; ezeknek az állatoknak föl kell jutni, mondjuk, a nagyobbak segítik a kisebbeket. Feljutnak, de hogy hová, azt nem tudom, vagy hogy minek. Mondjuk, akkor elpusztul az egész rovarállomány, ha ezek nem jutnak ide fel" /vesztély-projekciók/.

"Hasonlít egy rókára, amelyik már meghalt és különféle bogarak, hangyák megmásszák; Így pedig az ember belső szervezete."

"Mintha egy virág lenne és picit apró élősködők körülötte".

"Egy virág, amit a bogarak összerágosáltak, a virág részei hullanak le, vagy a szél szétépte". /parazitizmus, betegség-fóbia jelzései/.

"Ezek a szörnyetegek /6/ védik a várat /3/, ide kell feljutni; Innen indul el a két hős /7,4/ a többiek vagy segítik, vagy akadályozzák az útját. A zöld azt jelenti, hogy a maguk erejéből jutnak tovább".

"Két majom kapaszkodik /5/, ez /10/ föld, vagy felhő, vagy mi".

"Mintha egy hegyen egy ember állna /10,5/ és valamit leejtene a szakadékba, valami madár-félfét /12/. Ez /1/ olyan, mintha egy ember zuhanna lefelé és valamibe kapaszkodik". /bizonytalanság, megkapaszkodás/.

Gyakran visszatérő elem az interperszonális kapcsolatok áttételes ábrázolása: két állat veszekszik, állatok megtámadják, vagy éppen segítik egymást, akadályokat győznek le, vagy legyőznek; veszélyhelyzetek áttételei a szakadékba zuhanás, a megkapaszkodás igényének megjelenése stb.

4.2.10. Suicid skálák.

A klinikai gyakorlatban általában kétféle suicid-skálát használunk: a PIOTROWSKI által kidolgozott suicid predikciós skálát /SPS/., mely 12 pozitív és két negatív jegyből áll, valamint az OIE.-ben kialakított, részint külföldi vizsgálatokon részint KUN munkáján alapuló 10 jegyes suicid skálát /4 alapjegy + 6 kiegészítő jegy/.

A munkának ebben a szakaszában arra kerestem választ, hogy serdülők jegyzőkönyveiben hogyan, milyen mértékben jelentkeznek a suicidium veszély-jegyei, ill. mutatkozik-e valamilyen eltérés a kontroll-csoporthoz képest.

A suicid skálák szempontjából vizsgált jegyzőkönyveket két, ill. három csoportban elemeztem: suicid - nem suicid - majd a suicid csoporton belül külön vizsgáltam azoknak a jegyzőkönyvét, akik többször kíséreltek meg suicidiumot /az 50 között nyolc ilyen van/.

A suicid predikciós skála a teljes suicid csoportot nem különíti el a kontroll-csoporttól, ellenben mindkettőtől elkülönül a többször suicidáltak csoportja: a jegyzőkönyvenkénti átlagos pontszámok így alakulnak:

suicid átlag:	1,57	pont	jegyzőkönyvenként
kontroll "	1,55	"	"
recidiva "	2,5	"	"

A suicidiumot többször megkíséreltek jegyzőkönyveiben gyakoribb a Versagen, s viszonylag még gyakoribb a Versagen ill. ütközés a IV. táblán. Lényegesen több a halálra utaló tartalom és a tánc-mozgás, s kevesebb jegyzőkönyvben található konstruktív G-válasz.

Kevesebbszer fordul elő viszont 2o alatti feleletszám, s ugyancsak kevesebb színválaszhoz tártalt színárnyékolás választ találtam.

A suicid-skála alap- és kiegészítő jegyeiben a recidiva-csoport nem válik ki a teljes suicid-csoportból, azonban a suicid csoport jelentős különbségeket mutat a kontroll-csoport-hoz képest. Az eltérés szignifikáns $/p < 0,01, \chi^2 = 13,74/$. Lényegesen jelentősebb az eltérés ezen belül a kiegészítő jegyekben, ahol $0,001 > p > 0,001 / \chi^2 = 15,09; f = 3/$

A suicidok 40 %-a adott három, vagy ennél több jegyet, míg a kontroll-csoportbeliek 90 %-a ennél kevesebbet.

A tényezők megoszlását a három csoportban táblázat mutatja

	kontroll:	suicid:	recid:
1. inadekvát kinezstézia:	10	22	13
2. színárnyékolás:	20	22	13
3. a IV., VI. és VII. táblák rossz megoldása:	10	14	25
4. introvertált ÉT+ zw-s IT:	10	10	-
5. koartált /koartatív/ÉT:	10	12	38
6. defekt, deform tartalmak:	20	48	63
7. elakadások a IV., VI., VII. táblákon:	0	14	25
8. alacsony regr.index:	5	26	13
9. $P_1\%$ $P_2\%$:	10	24	13
10. F_{2B} -	5	10	13
Átlagos pontszám:	1,18 /n = 20/	2,12 /n = 50/	2,1 /n = 8/

4.3. A Szondi-tesztrel végzett vizsgálatok eredményei

A Szondi-tesztet a kialakult gyakorlatnak megfelelően a Rorschach-felvétellel egyidőben, ahhoz kapcsolódóan alkalmazzuk, az u.n. 2-profilos technikával: Rorschach-teszt előtt, ill. után 1-1 profilt készítünk a vizsgálati személy választásai alapján.

Vizsgálataimban 100 öngyilkosságot megkísérelt lány 2-profilos Szondi-tesztjét, valamint 40 hasonló korú /6.-8. általánosba járó/ lány ugyancsak 2-profilos technikával nyert adatait dolgoztam fel. Ely módon összesen 200 "suicid-profil" és 80 "kontroll-profil" volt módomban összevetni.

A két csoport között legpregnánsabb eltérés a kötődési konstellációban /C vektor/ mutatkozott.

A kontroll-csoportban az esetek felében a C vektorban - +, vagy o + reakciót találtam, ami szülőkhöz fűződő kapcsolat mintájára az erős, - többnyire érett kötődés jele. A suicid csoportban fele annyi esetben fordult elő ^{az} a két fajta konstelláció, míg fordított gyakorisági megoszlást találtam az elmagányosodási /önbizalom elvesztése/ és a depresszív élményhátterű leválási, tárgyvesztési konstellációkban. /C + - vagy O -/. Lényegesen gyakoribb a kötődési képtelenségre, nyugtalan keresésre jellemző konstelláció is /C + O/.

Ez alátámasztja azt a tapasztalatunkat, hogy a suicidiumhoz vezető konfliktusokban döntő szerepet játszanak a sérült szülő-gyerek kapcsolatra mintázódó interperszonális zavarok. Az ilyen reakciók mélyén elmagányosodás, a kötődések abortív jellege ide-oda kapkodás, tartásnélküliség húzódik. /Faktorális elemzésben a suicidek 42 %-a m - reakciót adott, ugyanakkor a "sine morbo"-k 40 %-a adott m + reakciót./

Az Sch-vektorban fele arányban fordultak elő kiegyenlítettebb konstellációk /Sch ++ vagy - +/ a suikidoknál, mint a kontroll-csoportban, s gyakrabban találtak kedvezőtlenebb konstellációkat. Így egyetlen esetben az autodestruktív reakciót /a suikidoknál 9 %/, s ugyanez az arány 0 0 reakcióban is, mely mint indulat-váltási készség, esetleg mint a halálkivánságokat kísérő büntudat lehet komponense a suikidizmusnak.

Néhány vonatkozásban faktorális elemzésben is kimutatható két csoport között jellegzetes különbség. Így h +⁺ ! mint a kötődési zavar egyik jele /libido-ötvezés hiánya/, a hy +⁺ mint az önmegmutatással kapcsolatos ambivalencia jele, valamint az e 0 reakció mint az indulatok nyíltabb kifejtésére való készség egyik mutatója gyakrabban fordul elő a suikid eseteknél.

5. Esetismertetés, Rorschach-teszt elemzéssel.

Az eset rövid ismertetése:

V. Zsuzsa, 13,9 éves leány lakásuk első emeleti ablakából kiugrott. Sebészeti osztályon kezelik 6 hétig lábsérüléssel. 8. osztályos, jól tanul. Családi körülményei rendezettek, a szülők műszaki értelmiségi foglalkozásuak, egy idősebb fivére van. Feltételek indokát sem ő, sem a szülők nem tudják magyarázni, a kiváltó ok, ill. körülmény az volt, hogy hívását barátja elhárította. A szülők az explorációnak csupán formálisan tesznek eleget, a terápiás beavatkozás elől elzárkóznak. A leány nagyon megbánta tettét, ön-idegenként éli meg, erős büntudattal.

A teszt vizsgálat rövid exploratív szakasz után következett, s az explorációt valójában az indította meg: amit a tesztben áttételesen, szimbólikusan közölt, azt a teszt-felvétel után spontán, most már direkt, személyes formában meg is fogalmazta /anélkül, hogy az összefüggést tudatosította volna/.

A suicidium emocionális háttere az exploráció alapján.

~~Zsuzsa~~ alkatilag korának megfelelően fejlett, kissé nyulánk. Közösségben igen aktív, sportol, jól tanul, pedagógus pályára készül. Anamnézisében említésre méltó adat nincs: fejlődése kiegyenlített volt, feltűnően korán kezdett beszélni /9 hó/. Szomatikus betegségeiben az asztmatikus jellegű panaszok tűnnek ki.

A család öt tagból áll: a két szülőn kívül /40-41 évesek/ van egy 19 éves bátyja, aki esti technikumot végez, s velük él az anyai nagypapa. A szülők mindketten műszaki értelmiségiek, munkájukban elégedett, hivatásszerető emberek. A lakásuk négyszobás, sok gondot fordítanak gondozására, fontosnak tartják a családi kötelékek erősítését.

Zsuzsa mindent megkap - szeretetben és tárgyi dolgokban egyaránt. "Mindent megtesznek érte"; ő cserébe mindenben igyekszik telteljesíteni, ha hibáz, erős büntudatot érez. Soha nem kap ki. "Szép szóért" mindenre képes, de sérülékeny, könnyen megbántódik. Gyakran érzi úgy, hogy nem érdemli meg, hogy ennyire törődjenek vele.

Néhány hónapja jár egy fiuval, aki szintén 8.-os, de kapcsolatuk tisztázatlan, Zsuzsa nem bíz a fiu érzelmeiben. Az öngyilkossági kísérlet félreértések, bizonytalanságok fonalán következett be - tipikus kamasz-szerelem konstellációjában.

Ehhez a hazard-viselkedést produkáló válsághelyzethez vezető folyamatot jobban megértjük, ha Zsuzsa aktuális párválasztási nehézségeit a családi konstelláció háttérén szemléljük: a nagyon erős kohézióban élő család a hétvégeket vidéki nyaralójukban tölti, újabban egy fiatal baráti házaspár társaságában. Zsuzsa anyja ezt egyre terheesebbnek érzi, féltékeny a fiatalasszonyra, amiért olyan szívesen és vidáman töltik együtt az időt férjével. Az apa távollétében sokat sírt, férje nem tudta megnyugtatni s egyre ingerültebbek lettek.

A suicidium előtt egy héttel a válás is szóba került: "Ha nem hiszel nekem, válj el..." "Válasszanak a gyerekek, kinél akarnak maradni".

A suicidium valódi oka ez a válási fenyegettség, melyet Zsuzsa irródlisan felnagyított, s partner kapcsolatára is kivetített: Lacit, a fiut féltetni kezdte egy lánytól, aki "mindenkivel kikezd" és akinek mindig az kell, aki valakinek tetszik". Rossz hangulata miatt elhárította a fiuval való telefonbeszélgetést, ugyanakkor szenvedett attól, hogy barátnője milyen vidám és könnyedén beszélget Lacival. "Nem tudtam, mi van velem - mondja visszazuemlőkezve - színes karikákat

láttam ... mondtam, hogy kiugrom ... persze nem akartam kiugrani, csak meg akartam ijeszteni őket". Kimászott az erkély peremére, ott állt sokáig, szorítva a rácsot, nehogy leessen, s egyszerűen érezte, hogy már nem fogja.... Nagyon megijedt, sírógörcs-készítést érzett, hirtelen nagyon megbánta...

A kiugrás képzete már régóta megtelepedett fantáziájában: számon tart egy legendát egy lányról, aki a házuk ötödik emeletéről a liftaknába ugrott egy fiu miatt, aki azóta elvette és boldogan élnek ... Két éve él a legenda tabuként: a szülők úgy tudták, hogy Zeuzsa erről nem tud, hiszen az eset odaköltözésük előtt történt. Mindazonáltal Zeuzsa már kipóbálta, "megél-e" realitásként ez a fantázia: nem élt meg, Laci nem hitte, hogy kiugorhat. S később, amikor a barátnő szemeláttára kimászott az erkélyre, a barátnő sem akceptálta ezt a lehetőséget, nem ijedt meg a fenyegetéstől. Adott pillanatban csődöt mondott a realitás-kontroll egy rövidszárlati cselekedetben.

Lacival való kapcsolata létkérdéssé vált, s az otthoni válsági helyzetben átvette a "köldökszinór" funkciót. Növelte a fiúval kapcsolatos ambivalenciáját az apai hozzáállás: amikor elmondta apjának, hogy be szeretné mutatni Lacit, hogy szerelmes - apja megdöbben, s meglehetősen csábító módjára reagált: "Mi lesz akkor velem, ki fog velem hiszkelni ... tudod, anya nem ér rá". Nyilvánvalóan még ez is hozzájárult a gyermeki identitását feladó, új identitását még meg nem talált szenzitív leány büntudati feszültségének kiéleződéséhez.

A suicidális helyzet kialakulásának folyamatában jól nyomonkövethető, hogyan játszik közre a "szülők, a család központi problematikája a gyermek személyes problémájának akcentuálódásában, s a szülők jellegzetes problémamegoldási módjai /kül-

sőségek nagyobb hangsulya, rejtett indítékok keresése, érzelmi zsarolás, a meg-nem-történtté tevés tendenciája mögött föllelhető bizonyos mágiás gondolkodási elemek, a rivalizáció stb./ miként mintázódik a gyermekben.

Az eset jól demonstrálja a suicidium szerveződésének különböző szintjeit: hogyan találkoznak össze a rejtett, tudattalan büntudati ill. kompenzatórikus vágy-fantáziák /ld. a legenda nőalakja, az apai csábítás/ és a színen a realitás, ahonnan a tudattalan táplálékát meríti /az anya féltékenysége, a válási fenyegetés, a szeretett fiu távolmaradása/.

Az esetismertetés végére kívánczik a visszatekintés: azóta 4 év telt el "eseménytelenül", a család természetesen együttmaradt, hiszen ennek minden reális feltétele meg volt, Zsuzsa pedig leérettségizett, pályaválasztása mellett kitartott és most készül férjhez menni. Szenzitivitása most is okoz problémákat, de ezeket nem tartja olyan elviselhetetlennek, s életvezetése kiegyensúlyozott, sikeres.

R o r s c h a c h - jegyzőkönyv

Név: V.Zsuzsa

Vizsg.vég.: Piszker Ágnes

Kora: 13,9 év

Klin.kérdés: Suicidium háttere

<u>Szondi</u>	<u>S</u>			<u>P</u>		<u>Sch</u>		<u>C</u>	
	<u>h</u>	<u>s</u>	<u>e</u>	<u>hy</u>		<u>k</u>	<u>p</u>	<u>d</u>	<u>n</u>
I.profil:	+!	+	o	-		-!	o	+	+
II.profil:	+	+	o	+		-!	o	-	-

I.tábla

/6 perre/

1. Madarat veszek ki ebből; jó nagy G F+ T nagyítás
ragadozó madarat. agresszív a.
Nem tudom kivenni, hogy mi lehet...
 2. Mintha egy öregasszony vagy boszorkány
olyan rosszindulatuságot veszek ki, DGkonf BSec -/H/ intenció
mintha le akarna csapni, vagy ilyesmi. veszély a.
agresszív a.
 3. Ez meg két ember/2/ mintha el akarna
válni, vagy mintha széttépnék azt a DGkomb B+ $\frac{H}{T}$ V₃ intenció
madarat, vagy ilyesmi./1.válasz madarát/ agresszív a.
osonkitás
 4. Mintha ez /1/ egy ember lenne és ez a DGkomb B+ H V₃ sürítés unb.
két ember /2/ szét/akarná választani intenció
ezt az embert, és a vonal /med./sze frusztr.
rintem azt akarja ábrázolni, mintha konkretizál
kettőt szeretne, vagy ugyanast szeretnék
- /U.t.: Ez az agya /11/ tele van olyan sötét
gondolatokkal; egy embert akarnak szétválasztani./

II. 4p.

- Huh! Egyre bonyolultabb zavar
5. Először medencecsont Gzw F ± anat
6. Mintha két állat civakodna. És már vérben usznak,annyira civa- DGkonat FB+ vér V₁ intenció
kodnak, vagy ilyesmit Fb. T V₃ unb.
7. És minthogyha itt /4/ imádkoz- D BP+ T v intenció
nának, vagy egybekapaszkodná- sacr. unb.
nak; elefánt,vagy ilyesmi. órintk.hs.
/Utó: egymásért imádkoznának/ inad.kineszt.
Nem tudok mást mondani; nem megy.

III. 3.5 p.

8. Ez a két... azt hiszem inkább nőt G B+ M v₁ szex.lab.
ábrázol,annyira hasonlítanak egy-
másra, két embert
9. Két szívet/2/, a szeretet vagy sze- D FFb+ anat. V₃ színszimb.
relem jelképét./Ut.:mert összeér a szimb. órintk.hs.
két szív/
Olyan, mintha valami hátulról...
mintha ezt meg akarná akadályozni,
olyan orvtámadást ábrázolna. konkretiz.
Olyan nehéz kivenni belőle,hogy részletezés
mí az /3/
10. Mintha ez a felt /4-ben/ azt ábrá- FHd+ Hd-szimb.
zolná, hogy valamit forralnak,vagy intenció
valami gonosztságot egymás ellen, agresszív.a.
ahogy így szembenéznek.
/U.t.:Ez az ellenségük/3/mert ellen-
kező színi, mintha így dőlne akarna,
mintha ~~defong~~ lenne nála.

IV.2.5 p.

11. Ez meg valamilyen nagy ember, mintha a nagy lábaival le akarná tiporni az emberiséget, olyan fölényes, természetre is.

G. B+ M V₁

unbestimmt
veszély a.
intenció
nagyítás
Hd-szimb.
részle-
tezés
szubj.r.

Nem megy, valahogy olyan nehéz kivenni; nem tetszik haragudni? Akárhogy gondolkozom, semmi nem jut eszembe.

U.t.: Mindenhol a nemtiszta dolgokat jelenítik: a sötét foltok

V. 5 p.

12. Ez mintha ez egy család... Ez a papa/6/,

G.komb P⁺ M

molekula
konkretiz.
intenció
részlete-
zés

ez a mama /6/, ez a gyerek/1/. Családi háromszög. A gyerek mind a kétőhöz

vonzódik és úgy összetartanak. Azt nem tudom, hogy elfordulnak egymástól. Még több gondolatom is van erről. Ebben szeretetet is látok, nem gonoszsgot, csak nem értem, miért fordulnak egymástól?

Egy magvacska összetartja őket. Van olyan, hallottam, hogy kisebb a nagyobb erőt is össze tudja tartani. Még ha a családban van egy gyerek már, mégis jobban össze tudnak tartani, nem válik szét a családfa.

kitérő
verb.

U.t.: Le vannak takarva, a sötét folt egy lepel. A b.o. a férfi, a j.o. a nő: papa meg mama.

VI. 6a.

13. Ez mint egy madárijesztő, úgy néz ki/G/ G P+ obj.

Ebből /1/ nem tudom kivenni, h.mi lehetne,

14. Így már igen. Mintha két ember föl lenne

feszítve egy fához, ez meg a gyökere/2-2,3/ DGkomb P+ M
Ez az alak valahogy tisztább /b.o./, ebben meg/j.o./ vannak olyan sötétebb foltok.

frusztráció

Pfl

Szimm.hs.

Alakra egyformák, de úgy belsőleg, lelkiileg nem. ~~É~~Értisza a lelke. Mondjuk, ők már meghaltak, abból látni, hogy ők föl vannak feszítve, így lehet meglátni, hogy mégis milyen, hogy malami nyomja a lelkét, v. vmi gonosztettet csinált. Ez az alak /j.o./ a vezére ennek, ez inkább a gonoszhoz tartozik hozzá. A nézése olyan alattomos. Gonosz nézése van.

konkretizál
Hd-szimb.
intenció
élettelennítés

asszoc.B.

szimb.

VII. 4 p.

15. Mintha két kis nyuszi így hintázná. /1+2,3/ DGkomb BP+ T v₁ kicsinyít
A foltokat valahogy úgy tudom elképzelni,
hogy ez a gonoszabb, hogy egyik percben vidámak, másik percben összekapnak valamint.
A jó pajtás azt hiszi csak, hogy a barátja és az ki akarja esetleg csak használni. Ha megfordítom, mindig u.s. képzelet van előttem, mint az előbb, nehéz többféle gondolatot mondani egyről.
U.t.: Mórleghinta.

obj. inad.kin.
intenció
veszély s.
Hd-szimb.

szubj.r.

VIII. 5 p.

16. Hát ezt valamilyen négylábu állatnak nézem: DGkomb BP+ T v₁ umb.
nem elég nekik az a helyzet, ahol voltak, szeretnének feljebb jutni. Talán versenyeznek,
melyik éri el előbb azt a magasságot /Utó:
értelmi magasság is lehet/, melyik ügyesebb.
Mintha ez különálló földrészek lennének, egy másikat szeretnének hozzá szerezni, akiknek a birodalma /2,4,5/
Ez /1/ pocoknak vagy hörcsögnek. Nem válnak el a régitől, mert akkor átmennének arra a részre A körvonalak erősebbek, mint itt /1/, talán ez a harciasabb, az erősebb.

intenció

r^t térk

részlete-
zes

szin-m
szimb.

IX 3 p.

17. Ez a vonal, ami elválasztja /med/:iker-
halmak lehetnek, egy őstől származnak,
mégis valami oknál fogva fegyvert fognak
egymás ellen. Azért gondolom, hogy iker-
halmak, mert megegyeznek, hasonlítanak.
Talán ez jobban kirajzolódik, jobb ter-
mőföld lenne /2/, ez /b.o./ mintha elha-
nyagoltabb lenne/szegényebb/. Az egész
sokkal gazdagabb./dicsekszik is, lenézi
a gyengébbet/. Az foghatott fegyvert, a
másik védi magát és a birodalmát.
- M V₂
B₁ táj molekula.
DGkomb PbP
konkrétiz.
intenc.
agresszió
áttótelés
- X.
18. Ezeket kisebb állatoknak nézném:
százlábúak vagy pókok. (6)
- kicsinyít
D P+ T V₁
19. Tücsökfélék (3)
- D P+ T V₂ unb.
20. Nagyobb állatok lehetnek, a legnagyobb
vezeti őket és összetartja a kisebbeket,
főlkarolja őket. (10)
- D BP⁺ T
nagyít
kicsinyít
molekula
komb.
intenc.
- Mintha ez úgy húzza őket, vacogva
mennek, az erdő egész állatait egybe-
hívja télire. Ezek a szürke foltok
erősebbek.
Ezek/30/ szívesen mennek, ezeket meg
vonszolni kell, mérgesen föláll a csápja.
/6/Valami miatt nem akarnak oda menni,
ugy kell erőszakkal odavinni.
21. Itt meg mintha két őssárkány /10/vias-
kodnának egymással, összeeresztik az
alattvalókat, a párokat. Azok is megvi-
askodnak egymással. A bal fog győzni,
jobban fel van szerelve, több pont van
benne.
- DGkomb BP⁺
Myth-
szcéna
távolítás
agresszió
inad.kín.
konkrétiz.
- Ha megfordítom, az erőszakosabb pórul jár
a másik itt már a fegyverével van felszerelve.
22. Téli vacok/3/, oda mennek, ezeket látja csak
vendégül, mert nagyobb a folt benne.
- D P⁺ bark,
felt.verb.

A mutatók összesítése:

feleletszám = 21

színes index = 33

reakcióidő = 2,0 p.

FT = $\frac{G}{2} - \frac{D}{2} - DG_{komb}$

ÉT = 5,5 : 3 / 5 B+, 1 Bsec- : 1 Fb, 1 FbF, 1 Ffb+ /

MF = 7 : 0,5 / 4 BF+, 2 BF⁺ : 1 asszoc.B. : 1 Fhd+ /

IT = 1 : 0,5 / 1 Gzw : 1 Fhd+ /

F₁% = 78 %

F₂% = 83 %

tart.kör = 13

≤ tartalom = 31

Tart.szóródás = 1,4

M % = 43 %; /M: Md = 9 : 0/

T % = 40 %; /T: Td = 8 : 0/

obj.% = 10 %

vulg % = 62 % /v₁: /v₂+v₃/ = 7 : 6

meghatározatlan válaszok % = 29 %

realitás index = 8

regressziós index = 198

suicid skála = 1

SPS = 8

S/N skála = 6 : 2

sensitiv-paranoid skála = 203

A mutatók értelmezése

Az FT három elemből tevődik össze: G, D és 8 DGkomb. A DGkomb-ok rendkívül magas arányban szerepelnek, a kombinációk azonban többnyire két elemből tevődnek össze. Értékeljük a jó formát, de számításba vesszük azt, hogy a jelentésadásban meghatározó volt az elemek visszatérő, ismétlődő jellegű /és tartalmú/ összekapcsolása - párhelyzet agresszív feszültséggel/:

- két ember madarat tép szét, el akar válni,
- két ember szét akar választani egy harmadikat,
- két állat elvakodik, vérben usznak;
- két ember föl van feszítve egy fához;
- két nyuszi hintázik, egyik percben vidámak, a másikban
összekapnak;
- két állat versenyez;
- ikerhatalmak ... fegyvert fognak egymásra;
- két összárkány viaskodik egymással.

Az indulati feszültség ad sodrást a jelentésadásnak, mely nem áttekinthetően, mérlegelően alapszik: az ilyen jellegű kombinált válaszban nagyobb súlya van a szabíthatóságnak, befolyásolhatóságnak, könnyelműségnek. Ezt jelzi a determinánsban komb.válass mellett helyenként felbukkanó Fb, vagy FbF, s az integrálatlan feszültségeket, indulatokat hordozó BF-ek túlsúlya, mely viselkedésben is megnyilvánuló nyugtalanságot jelez /MÉREI/.

Az ellensúlyos introvertált ÉT a jó színvonal mellett utal a kiegyensúlyozatlanságra, feszültségre, szorongásra. Az ilyen ÉT-t adó emberek kötődései zaklatottak, nem tudják kifejezésre juttatni érzelmeiket, az érzelmek elfojtottak, a kapcsolatokat túlsóttan ideologizálják, racionalizálják. Az Fb megjelenése a II. táblán jelzi azt, hogy szexuális frusztráció esetén a viselkedés regrediálhat. Az BF az életkornak megfelelően kienésztéziás /kielégítetlen vágyak hangsúlya, frusztrációs intolerancia/ - az ÉT-vel összevetve: decentralálás hiányára, saját állapot túlértékelésére, szenzitivitásra utal./Ezt megerősíti a szenzitivitás-paranoiátás skála magas értéke is./

Az IT- sivár, sem agresszív feszültséget, sem szorongást nem mutat. Szondi az "e"-faktort értelmezte úgy, mint az indulati feszültség "kapuját", ahol a feszültség agresszió, félelem,

büntudat formájában ültheti: a O_e = az indulatok nyílt ki-futtatásának képességét jelenti. / Z_s -nek mindkét profilján O_e -t találunk./ Az indulatok, mintegy "leggőajtón" át, hol kifutnak, hol erős büntudatban rekednek meg.

A magas vulg % konformizmus, a dependens alkalmazkodás jele, az M -ek magas száma / M a legnagyobb tartalmi csoport/ az u.n. " M -tipusra" utal, ahol a nagyfokú reaktibilitás és acting out-készség jellemző /lásd 67. oldal./

A különleges reakciók sajátos halmozódást mutatnak: Igen sok a bizonytalanságra, felelősség-nem-vállalásra utaló unbestimmt, az infantilis molekula-reakció, a konkretizálás, mint regresszív jegy.

Külön csoportot képeznek a dezorientációk: 21 reakciót ad ebből a körből - ez mindenképpen a tájékozódás irrerealitására, labilitására, a valóságérzés "szórványos, neurotikus lazulására", a tudatműködés fokozott szubjektíválódására /kicsinyítés, nagyítás/ utal /MÉREI/. A csoporton belül kiemelkednek az intencionalitást tartalmazó válaszok. Ezek fenyegető tartalmuk: "rosszindulatuság", pusztító szándék, gonoszság, a gyengébb fenézése, stb. jelenik meg bennük; paranoia élményt, bizonytalanságot valószínűsítnek.

I.táblán: "... bosszorkány, olyan rosszindulatuságot veszek ki, mintha le akarna csapni ..."

IV.táblán: "... nagy ember, mintha a nagy lábaival le akarná tiporni az emberiséget..."

A valóság félelmetes számára, magas indulati feszültségben fogva tartja a gyermeki függőség és a jelentésadást mindenütt át-törő aggály, rettegés, melynek valóságélményét az V.táblára adott komplex válasza "tálcan kínálja".

"Ez mintha ... ez egy család .. papa, mama /6/, gyerek/1/... a gyermek mind a kettőhöz vonzódik és úgy összetartanak... nem

értem, hogy miért fordulnak el egymástól?... Ha a családban van egy gyerek ... nem válik szét a család".

Az utolsó válaszban vágyteljesítőként megjelenik a "téli vacok", mint menedék, ahol vendégül látják az erdő állatait /utalás a társas nyitottságra is/.

A Szondi-profil középső vektor-konstellációja /P-ben 0 -, Sch-ban - 0/ alátámasztja a szenzitív neurotikus személyiségképet.

Az elhagyatottságra, boldogtalan kötődésre utaló konstelláció a C-vektorban a -I k-faktorral az elhagyó, az elvesztett szeretet-tárgyhoz való neurotikus jellegű, depresszív színezetű kötődési helyzetet mutatja.

Azt, hogy az aktuális problémák miképpen ágazódtak az élet-történeti mozzanatokon keresztül a személyiségképbe, az exploratív anyag és a Rorschach-tesztből kibontható személyiségkép együttes elemzéséből tudtuk kibontani, ill. végigkövetni, egészen a presuicidális élethelyzet kialakulásáig. A voltaképpen jó intellektusra, magas színvonalra utaló projektív gazdag jegyzőkönyvben mutatkozó valóságtorzulásnak egyetlen és objektíválható orientációs góca - a szülőkhöz fűződő viszony érzelmi túlterhelődése a válási fenyegetettség kaposán.

Az exploráció anyaga teljes mértékben alátámasztotta a diagnosztikai feltevéseket, s a teszt-anyag egyértelművé tette a suicidium motivációs bázisát, ugyanakkor a rendeződés útját is megjelölte.

6. Összefoglalás

Dolgozatunkban a suicidiumot megkísérelt gyermekek vizsgálatának eredményeit elemeztük a következők szerint:

1. Megvizsgáltuk az 1970-77. között suicidális kísérlet miatt kezelt gyermekek /497 fő/ életkori és nembeli megoszlását, valamint a lakóhelyi sajátosságokat.
2. Részletesen elemeztük 150 gyermek suicidiumának körülményeit, kiemelve a következő szempontokat:
 - a suicidium módját,
 - a gyermek helyzetét a családszerkezet, az apa és az anya családi státusza, a testvérhelyzet tekintetében,
 - a szülők foglalkozási és képzettségi sajátosságait,
 - az élethelyzeti konfliktusok intrapszichés-interperszonális jellegzetességeit.
3. Retrospektív kérdőíves módszerrel felmértük volt betegeink egy részének /106 fő/ életsors-alakulását, különös tekintettel a pszichés status és életvitel alakulására, a továbbtmúlásra, valamint a családi helyzet alakulására.

Az intrapszichés történéseket, a suicidium dinamizmusának a szubjektum oldaláról való megközelítését kíséreltük meg 50 fő projektív /Rorschach- és Szondi/ teszt eredményeinek elemzésével 22 fős "sine morbo" kontroll-csoporttal összevetve.

Vizsgálataink alapján az öngyilkosságot mint aktust vészjelző reakciónak tekintjük - egy "hangos" jelzésnek a személyiség különböző rétegeiből érkező diszkrétabb, vagy burkoltabb jelzések sorában. Alapvető dinamizmusát tekintve - tágabb értelemben - nem húzunk éles határt a befejezett és megkísérelt, vagy larvált öngyilkosságok közé, így megnyilvánulását te-

kintve éppúgy lehet neurotikus, mint pszichotikus reakció. Többnyire a "normális" ember átmeneti zökkenője, mely - tekintve a súlyos formáktól - lélektanilag jól megragadható, előzményei feltárhatók - hasonlóan egyéb személyiség-negyilvánulásokhoz.

Motivációs hátterét és szerveződésének dinamizmusát jól nyomon tudtuk követni a gyermek és környezetének exploratív vizsgálatával, valamint az ezt kiegészítő személyiségvizsgálat módszerűl választott Rorschach-teszt segítségével.

Értékes információkat nyújtottak ebből a szempontból a Rorschach-jegyzőkönyvek következő jegyei, ill. jellegzetességei:

I. Tartalmi sajátosságok:

- Az I. táblára adott válasz önmeghatározás bizonytalanságára utaló jegyekkel /unbestimmt, deform., hiány, oszonkítás, veszély-projekció, agresszív asszociáció, vagy tartalmatlan-reakció/.
- A X. táblára adott válasz függőégi igényre, élethelyzet bizonytalanságára utaló tartalommal, veszély-projekcióval, agresszív asszociációval;
- Architektúra-válaszok deform.,hiány, statikai reakciókkal, explozióval;
- Szörny /és Myth./ válaszok a IV. és IX.táblán;
- Explozió b⁺ mellett a IX.táblán;
- Magas M \leq /20 % fölött/;
- M:Md arányban eltolódás az M irányába, /több M és /M/;
- tartalmak szóródása 1,2 fölött;
- vulg₂ és vulg₃ tartalmak viszonylagos nagyobb aránya;
- halálra utaló tartalom;
- tánc-mozgás;

II. Árezásban és determinánsban mutatkozó jegyek:

- Gzw 5 vagy több;
- D&Kmb 2 vagy több, nem kreatív jelleggel;

- Bsec 2 vagy több;
- F/Fb/, a FFb és nFFb közül 2 vagy több;
- B 2 vagy több;

III. Különleges reakciók:

- orális reakció;
- defekt, deform., hiány-reakciók, osonkítás;
- inadekvát kinezstézia;
- Versagen a IV., VII. vagy IX táblán;

Az exploratív, valamint a teszt-vizsgálatok alapján kiemelt jelentőségűnek tartjuk az önértékelés labilitásának tekintetbe vételét, mely mindelőtt a primér kapcsolat zavarain, s az én-gyengítő környezeti hatások talaján alakul ki, s mely az interperszonális kapcsolatok és teljesítő-képesség további zavaraiból táplálkozik. Ez az instabil kommunikációs rendszerben, az alacsony frusztrációs toleranciában nyilvánul meg, s egyfelől szociális izolációhoz, másfelől a szinbiotikus kapcsolat kereséséhez vezet.

Az ön- és valóság-értékelés labilitása /oszcilláció a fokozott és alábecsült önértékelés között/, s ennek feszültségei elől a személyiség elhárító mechanizmusainak sajátos kombinációja révén jut el a "presuicidális szindróma" komplex tünetegyütteséhez.

"A presuicidális szindróma" különböző szinteket futhat be, s egyaránt lehetnek szomatikus síkon mutatkozó kísérő tünetei, viselkedés-szinten megnyilvánuló jelei, valamint intrapszichésen nyomonkövethető jelenségei.

A suicid gyermekek megvizsgált eseteiben többnyire mindezen jelenségek feltárhatók voltak, s hasznosítható támpontokat nyújtottak az utógondozás komplex feladataiban.

Melléklet

/ A retrospektív vizsgálat során alkalmazott kérdőív/

K É R D Ő Í V

1. A kérdőívet kitöltő neve :
2. A kérdőívet kitöltő a gyermeknek: anyja - apja - egyéb, éspedig:
.
3. A kezelt gyermek életkora /szül.év,hó,nap/
4. A kezelt gyermek jelenlegi foglalkozása:
/ha tanul, milyen iskolatípusba jár/
5. Az apa /eltartó/ jelenlegi foglalkozása:
iskolai végzettsége:
életkora:
6. Az anya jelenlegi foglalkozása:
iskolai végzettsége:
életkora:
7. Lakásuk mérete: 1 helyiség - 1 szoba-konyha - 2 szoba-konyh.-
egyéb:
8. A lakásban együtt élők száma:
9. Az együtt élők összjövedelme:
10. Gyermekük neve, életkora:
.
.
.
11. A gyermek Heim Pál kórházi kezelése
óta volt-e szükség kórházi ápolására? igen - nem -
12. Ha igen, mikor, miért, hol feküdt?
.
.
13. Volt-e azóta komoly betegsége, balesete? igen - nem -
14. Ha igen, mikor, mi, milyen kezelést kapott?
.
.

15. Volt-e kórházunkban történt kezelése óta
a gyermeknek jelentősebb tanulmányi, érzelmi
vagy magatartási problémája? igen - nem
16. Ha igen, milyen jellegű, fennáll-e még?
.
.
17. Jártak-e miatta orvosnál, pszichológusnál? igen - nem
18. Amióta kórházunkban jártak, történt-e a
családban rendkívüli esemény: baleset,
haláleset, betegség, válás, új házasság,
egyéb? igen - nem
19. Ha igen, mi?
.
.
20. Összességében javulás állott-e be a gyermek
ill. a család életében, vagy a problémák
változatlanok, esetleg a korábbi panaszok
helyőbe újak léptek?
.
.
.
21. Jelenlegi lakóhelyükön mióta laknak /év/
22. Ezt megelőzően hol és milyen körülmények között laktak?
.
.

Megjegyzés:
.

Név Életkor
Foglalkozás Iskolai végz.
Klinikai kérdések

Szám
Osztály
19
Vv.
Dg.

RORSCHACH

Felelet I-VII. VIII-X. Gzw
G D Dd Do G komb DzwG
DG komb DG konf DG kont
Dzw Ddzw zw

FT-csoportosítás

Színes i.:

Σ idő:

Idő/F-szám:

M	/M/	Md	Md Obj
T	Td	Myth	Szörny
Anat	Rtg	Vér	Szex
Obj	Matéria	Jármű	Architektúra
Ruha	Álarc I	Álarc II	Álarc III
Táj	Pfl	Astronómia	Sacrum
Felhő	Füst	Hegy	Szikla
Tűz	Víz	Jég	Explozió
Térkép	Geometria	Ornamentika	Jel
Festmény	Illusztráció	Szobor	Karikatúra
Szcéna	Ennivaló	Szimbólum	Absztrakt
Szem	Tőr	Sár	Szakadék
Kő	Barlang	Szín	Amorf

Meghatározatlan
válaszok %-a:

Σ tartalom:
Tartalom
szóródása:
Tartalmi körök:

Áttételskála

g-skála

Semleges %
+eltérés
-eltérés

Σg+
Σg-
Σg

FbF	HdF	nFbF	aFbF	asszoc B
Fb	Hd	nFb	aFb	absztr B
Fbn				

M% M:Md
T% T:Td
Obj%
 $V_1 : V_2 + V_3 /$

VULG

V ₁
V ₂
V ₃

V%

ORIG

0+
0±
0-
0%

KONSTELLÁCIÓK

1. Elfojtás:
2. Regresszió:
3. Izoláció:
4. Projekció:
5. Meg nem történtté
tévé:
6. Reakcióképzés:
7. Azonosítás:
8. Kompenzáció:
9. Mentális színvonal:
10. Kontaktus:
11. Tolerancia:
12. Elaboráció:

FT	
ET ₁	Real. I.
	Szoc. sk.
ET ₂	Regr. I.
	Org. sk.
MP	Alkohol-szindr.
	S:N
IT	Sz.E.I.
	E:Hy
P ₁ %	Sznició-sk.
	SPS
P ₂ %	Sch. sk.
	Sch. PI

Jelentéssadási tudat

Fokozott jelentéssadási tudat
Jelentéssadási tudat
Infantilís jelentéssadási tudat
Szmbj. kritika
Obj. kritika
Szinkritika
Vagy-vagy
Kérdő reakció
Tagadó reakció
Annulálás
Bizonytalanság
Tehetlenség
Unbestimmt
Elhomályosodás
Inkompetencia

Elakadások

Versagen
Sokk /Hd, szín/
Zavar
Ütközés
G-ütközés
Laterál-ütközés
Hd-ütközés
Színütközés
Füves-ütközés
Kék-zöld ütközés
Barna-ütközés
Sárga-ütközés
Zw-ütközés
Medián-ütközés
Dd-ütközés
Kilépés
Aggraváció
Eltolódott sokk

Leírások

Színleírás
Hd-leírás
Képleírás
Szimmetria
Technikai leírás
Tartalmatlan reakció
Hézaghangsúly

Tapadások

Perszeveráció
Sztereotípiák
Arc-sztereotípiák
Md-sztereotípiák
Visszatérés
Részletezés
Proprioceptív reakció
Érintkezési hangsúly

Infantilís reakciók

Inverzió
Transzparencia
Köntur-reakció
Juxtapozíció
Sűrítés
Ppt

Molekulá-reakció
Idővizualitás
Infantilís alakválasz
Ismeretközlés
Infantilís tartalmak
Infantilís pozíció
Mese-reminiscencia

Verbalizmusok

Szmbj. reakció
Kitérő verbalizáció
Bizarrr verbalizáció
Konkretizálás
Antisztatikus magyarázat
Gyanakvó reakció
Neologizma
Absztrakt szóhasználat
Gépies fordulat
Értékelés
Vélemény
Énes verbalizáció
Feltételes verbalizáció
Fabuláció

Paramnéziák

Kifejezési amnézia
Ismétlés
Ráismerés
Értelmezési illúzió
Hasonlósági illúzió

Rejtett determinánsok

Pozíció
Számreakció
Kettőzés
Tükör-reakció
Medián-preferencia

Szenzoros projekciók

EQs
Akuszikus asszociáció
Szaglás asszociáció
Tapintási asszociáció
B-Fb testérés
Hajlítós B
Feszítős B

Elaborációk

Szín-elaboráció
Hd-elaboráció
Távolítás
Kombináció
Perspektíva
FH
Feszültség-elaboráció
Statikai reakció
Kettős válasz
Kettős B
Int: Fb
Hd-ntalás
Zw-ntalás
Medián-ntalás

Paradox reakciók

Befestés
Színhívás
Hd-hívás
Színhiány
Szindicséret
Szindramatizálás
Impresszió
Színtegedés
Hd-artefaktum
Hd-szimbolika
Hd-kompenzálás
Válaszrontás
Rejtett értelmezés
Konfabuláció

Dezorientációk

Élettelenítés
Dereizálás
Táblahatár-átlépés
Énbevonás
Antolokalizáció
Kontamináció
Transzformizmus
Kicsinyítés
Nagyítás
Aránytalanság
Intenció
Áttételes reakció
Fordulat az értelmezésben
Lokalizációs bizonytalanság

Defekt reakciók

Csonkítás
Hiány-reakció
Deformálás
Defekt Fb
Defekt Hd

Szexuális válaszok

Szex-ütközés
Bizarrr szex-válasz
Szex-labilitás
Orális
Anális
Uretrális
A tergo

Egyéb reakciók

Metamorfizmus
Kettős lény
Groteszk
Inadekvát kinezetézia
Takarás
Amputált G
Elfojtott B
Keresztmetszet
Undor-reakció
Veszély-projekció
Agresszió
Frusztráció
Bagatellizálás

Felvezlító jelleg	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
Σ idő										
Reakcióidő										
Elakadás										
Szukcesszió										
Vnlg-Orig										
Elaboráció										
Telitődés										
Szinvonalromlás										
Komplex válaszok										

Szorongási skála: $\frac{\Sigma /Rtg + anat + sex + Md + tűz + vér/ \times 100}{\Sigma válasz} =$

A szenzitivitás-paranoiditás skálája

Kategóriák	Együtthatók	Gyakoriságok	Szorsatok
Feleletszám			
Szem-projekciók	81		
Gyanakvó reakciók	59		
Tartalmatlanítások	21		
Percepciók jellemzők	22		
Indulatlansítások, veszélytelenítések	26		
Rejtőzködések	15		
Talajdonítások	25		
Jelentésadást kísérő bagatellizálások	25		
Szimmetriahangadly, -ütkezés, -hiány	7		
Jelentésadás nélküli bagatellizálások	-46		
Veszély-projekciók	-30		
			Index:

Számításmód:

$$\text{Index} = \left\{ \frac{\text{szorogatösszeg}}{\text{feleletszám}} + 10 \right\} \times 10 - \text{feleletszám}$$

Értékelés:

DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKZÓNÁK							
Index	≤ 136	137-236	$237 \geq$	≤ 136	137 \geq	≤ 236	$237 \geq$
Indikált diagnózis	egészséges	nem pszichotikus paranoid	pszichotikus paranoid	egészséges	paranoid	nem pszichotikus	pszichotikus
Adekvációs esély	100%	64%	94%	100%	93%	84%	94%
Alternatív diagnózis	paranoid	egészséges	egészséges	paranoid	egészséges	pszichotikus	nem pszichotikus
Adekvációs esély	12%	24%	6%	-	7%	16%	6%

[illegible]

LÜSCHER I. Szürke sor:

II. 8 sein

+			=			-		

III. Gyakorlatok és Összegzés

[illegible]

I-1 D-2 O-3 P-4

[illegible]

4 szinsor
393200

Normal Gyezet + vagy -	3-7	3-8	5-10	3-9
------------------------------	-----	-----	------	-----

TP

REAKCIÓK	
Antoagresszió	
Menekülés	
Beletörődés	
Helytállás	
Erőfeszítés	
Negáció	
Kompromisszum	
Jóvátétel	
Önértzet	
Igazság	
Koartáció	
Agresszió	
MUTATÓK	
Tárgyas: Énes	i
Irreális viszo-nyulás	
Reális viszo-nyulás	
H+E	
B+K+J	
Vaszélyjelzés	
Ant+M+koart	

PFT

I. Jelölés

	O-D	E-D	N-P	GCR
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				

GCR= _____ T= _____

II. Profil

	O-D	E-D	N-P	Σ	%	T
E						
I						
M						
Σ						
%						
T						

III. Kiegészítő profil

E=	=	%=	1
I=	=	%=	1
E+I=	=	%=	1

IV. Értelmezési támpontok

[illegible]

IRODALOMJEGYZÉK

=====

1. Achts, K.A., 1974.
Depressio és suicidium
Ideggyógyászati Szemle, 1974.27.
2. Achts, K.A. 1975.
Öngyilkosság-veszélyeztetettség és
öngyilkosságmegelőzés
Munch.Med.Wochenschr. 117-189-192 pp.
Ref.Orvosi Hetilap, 1975.1175.p.
3. Ammon, G., 1974.
Zur psychodynamik des Suicidgeschehens.
Dynamische Psychiatrie. 7.1.
4. Andorka R., Buda B.-Cséh-Szombathy L., 1974.
A deviáns viselkedés szociológiája
Gondolat, Budapest 1974.
5. Baer A., 1901.
Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter
Verlag von Georg Thieme, Leipzig.
6. Bagdy E., 1977.
Családi szocializáció és személyiségzavarok.
Tankönyvkiadó, Budapest
7. Bálint E., 1961.
Az orvos, a betegek és a betegség.
Akadémia Kiadó, Budapest
8. Böhm, E.: 1960.
Pszichodiagnosztikai kézikönyv.
1967.
9. Buda B., 1967.
A serdülőkori szociál-pszichológiai problémái.
Előadás a Magyar Gyermekorvosok Társaságn és a
M.Pszich.Tud.Társaság által rendezett ankéton.
11. Buda B., 1971.
Az öngyilkosság I. - IV.
Orvosi Hetilap. 112. 22, 29, 33, 39.

12. Cantor, J.M. 1970.
The search for the Suicidal Personality
In: Wolff, K.: Patterns of Self-destruction.
13. Cocchiara, G. 1965.
Az örök vadember.
Gondolat, Budapest
14. Cseh-Szombathy L. 1967.
Előszó Durkheim az öngyilkosság c.könyvéhez.
Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest
15. Cselkó L.- Hárdi I., 1976.
A hazai öngyilkossági cselekmények s a megelő-
zési lehetőségek áttekintése.
Orvosképzés, 1976.1. 49-65.pp.
16. Durkheim, E., 1967.
Az öngyilkosság.
Közgazdasági- és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
17. Dührssen, A., 1967.
Zum Problem, des Selbstmordes bei jungen
Mädchen.
Verl.f.Med.Psychol.Im Verl.Vandenhoegk
Ruprecht in Göttingen.
18. Edgumbe, R.-Sandler, J., 1974.
Some comments on "Agression turned against the
Self".
Internat.Journ.of Psycho-Anal.1974.55. 365-66.
19. Erikson, E.H. 1968.
Identity, Youth and Crisis.
W.W.Norton, Co.Inc.New York.1968.
20. Farberow, N.L.- Schneidman, E., 1961.
The Cry for Help.
Mc Graw-Hill Book C.New York, Toront, London

21. Parkasinszky T. - Simon A. - Szilárd J.- Wagner Á. 1974.
Gyermekkori suicidium-kísérletek motivumai.
Ideggyógyászati Szemle, 27. 413-422 pp.
22. Pau, R.-Thateau, R.-Machu, M., 1965.
Le suicide chez l'adolescent.
Ann.Méd.Psych., 123. 1- 1-20 pp.
23. Fraser. J.G. 1965.
Az aranyág.
Gondolat, Budapest
24. Freud, A., 1936.
Das Ich und die Abwehrmechanismen.
Internat.Psychoan.Verl.Wien.
25. Freud, S., 1929.
Az álomfejtés
8.kiadás, Somló Béla Könyvkiadó, Bpest.
26. Püri A., 1973.
Az értékelés zavarának szerepe adoloscensek
öngyilkossági kísérletének motivációjában.
Bölcsészdoktori disszertáció, Budapest
27. Frederick, C.J.-Resnik, H.L.P. 1971.
How Suicidal Behaviors are learned.
American Journal of Psychother, 25- 37-45.pp.
28. Friedmann, P.ed.: 1967.
On suicide. With Particular Reference to
suicide among Young Students, 1910.
Discussions of the Vienna Psychoanalytic
Society, New York.
29. Garfinkel, B.D- Golombek, H. 1974.
Suicide and depression in childhood and
adolencence.
Can.Med.Assoc.J., 110: 1278-81, pp.8.

30. Glaser, K., 1971.
Suicidal Children; Management.
Amer. J. of Psychother. 1. 27-35. pp.
31. Gosztonyi Gy., 1976.
Az öngyilkosság egyes szociológiai
problémái.
Valóság, 1976. 6. 43-53. pp.
32. Gould, R.E. 1964.
Suicide Problems in Children and Adolescents.
Előadás, New York, 228-246 pp.
33. Gubi M., 1975.
Inadaptált serdülők és fiatalok pszichológiája.
Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest
34. György, J., 1976.
A családi struktúra és atmoszféra hatása a
gyermek személyiségfejlődésére és kóros reakciói-
nak irányára.
In: Tanulmányok a gyermekpszichológia köréből
Főv. Ped. Int. Bpest.
35. Hajtman B. 1968.
Bevezetés a matematikai statisztikába.
Akadémiai Kiadó, Bpest
36. Halász A., 1969.
Levin: Igényszint.
Előadás a Főv. Tan. Gyermekpszichológiai Szak-
rendelő Intézetében.
37. Henseler, H., 1975.
Die Suicidhandlung unter dem Aspekt der psycho-
analytischen Narzissmus-theorie.
Psyché, 29. 191-207. pp.
38. Hermann I., 1933.
A tudattalan és az ösztönöknek érvényelmélete.
Lélekelemzési tanulmányok.

39. Henry A.P.-Short, J.P. 1971.
Suicide and Homicide.
Glencoe, Ill. The Free Press.
In: Lester G.- Lester D. 1971.
40. Henseler, H. 1974.
Harzistische Krisen /Zur psychodynamik des
Selbstmords.
Rowohlt Taschenbuch Verl. Hamburg.
41. Kamarás I. - Hornyák M. - Timár K. 1976.
Hatezer gyermekkori mérgezésről.
Orvosi Hetilap, 117. 33. 1996.p.
42. Kapamacijs, B.- Nikolity V. 1966.
Szamoubisztvo dece i maloletnika.
Medicinski Pregled, Novi Sad, 18.1 35-39 pp.
43. Kapitányné Beer Zsuzsa 1977.
Huszonöt-negyvenöt év közötti nők kudarc-
élménye praesucidális válsághelyzetben.
Bölcsészdoktori disszertáció, Bpest.
44. Kádár T.-Cselkó L. 1972.
Öngyilkossági kísérletek elemzésénél nyert adatok
és összefüggések.
Nőegészségügy, 53. 345-352 pp.
45. Keleti J. 1977.
Az öngyilkosság pszichodinamikájáról.
Kézirat, Pszich.Szemle /megjelenés alatt/.
46. Kolos T. 1963.
Öngyilkosságot megkísérelt gyermekek adatainak
táblázatos feldolgozása.
Kézirat, Budapest
47. Kulcsár Zs. 1967.
A percepciókutatás néhány személyiség-lélek-
tani vonatkozása.
Kézirat, ELTE.

48. Kulcsár Zs., 1974.
Személyiségpszichológia
Jegyzet, Tankönyvkiadó, Bpest.
49. Kun M., 1971.
Felnőttkori konfliktusos háttérű suoidium
motivációs vizsgálata és pszichodiagnosztikai
elkülönítése.
Kandidátusi disszertáció, 1971.Bp.
50. Kun M. - Szegedi M. 1971.
Az intelligencia mérése.
Akadémiai Kiadó, Bpest
51. Launay, G. - Col.G., 1964.
Suicide et tentative de suicide chez
l'enfant et adolescent.
Rev.Piat.14.6.
52. Lester G.- Lester, D. 1971.
Suicide the gamble with death.
Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs
New-Jersey. A spectrum Book.
53. Liebermann L. - Németh H. - Hódosi R. - Hajláth Gy.- Révész
L., 1963.
Fiatalok öngyilkosok.
Pszich.Tanulmányok V., Akadémiai Kiadó, Bp.
54. Marton M.
Előadások a Rorschach-vizsgálat gyakorlati alkalmazása köréből.
Kézirat, ELTE
55. Márai F. 1966-71.
A Rorschach-próba. I-V.kötet.
Vademecum sorozat, 16-20. OIE, Kézirat.
56. Márai F. 1966.
A Szondi-próba klinikai alkalmazása kétprofilos
technikával.
In: Négy klinikai próba. Szakács F.szerk.1968.
Vademecum sorozat, 29.sz. OIE.Kézirat.

57. Mouron, P.-Tatossieu, A. - Blumen, G. - Quin, P., 1966.
La tentative de suicide du sujet jeunes.
Ann Méd.Psych.124-1-16.pp.
58. Nemes L. 1972.
"A Freud: Szociális és disszociális fejlődés-
vonat".
Előadás a Főv.Ten.Gyermekepszichológiai Szak-
rendelő Intézetében.
59. Ott, B.- Ingbert, S., 1974.
Reaktive Selbstmordversuche bei
Erwachsenen und Jugendlichen.
Med.Welt, 25.39. 1545-1548.pp.
- Piotrowski, Z. 1969.
Test-differentiation between effected and
attempted suicides.
In: Wolff, K. ed. 1969-67-81. pp.
61. Ringel, E., 1969.
Selbstmordverhütung.
Herausg.von.E.Ringel Verl.H.Huber
Bern, Stuttgart, Wien. 1969.
62. Ringel, E., 1976.
Selbstmordverhütung eine allgemein Ver-
pflichtende Aufgabe.
In: Sucht und Suicide. Lambertus-Verl.
Freiburg.
63. Rotter L., 1972.
Az öngyilkosság pszichológiájáról.
Orvosi Hetilap, 113.2. 109.p.
64. Sárny J. 1975.
A serdülők demonstratív öngyilkossági kísérleteinek
pszichodinamizmusa.
Pszichológiai Tanulmányok, XIV., 549-59 pp.

65. Stengel, E. 1962.
Recent research into suicide and attempted suicide.
Amer. Journ. of. Psychiat., 118- 725-730 pp.
66. Stengel, E. 1969.
Selbstmord und Selbstmordversuch.
Conditio humana. Ergebnisse aus den
Wissenschaften vom Menschen S. Fischer
S. Fischer Verlag 1969. 137.p.
67. Szelényi I.-Konrád Gy. 1969.
Az új lakótelepek pszichológiai problémái.
Akadémiai Kiadó, Bpest.
68. Székács J. 1972.
Serdülőkori öngyilkosság.
Előadás a Főv. Tan. Gyermekpszichológiai Szak-
rendelő Intézetében.
69. Szilárd J. & Farkasinszky T.-Podor A., 1975.
Gyermek- és serdülőkori világkép, depresszió és
suicidium. Kézirat.
70. Toolan, J.M. 1962.
Suicide and suicidal attempts in children and
adolescents.
Amer. Journ. of. Psychiat. 118. 719-725.pp.
71. Vargha A.: 1977.
Szondi teszt-faktorok homogenitásának vizsgálata
tulajdonság-lista segítségével.
Kézirat, Bpest.
72. Vikár Gy. 1974.
A serdülőkori neurózisok problémái.
Ideggógyászati Szemle, 27.
115-127.pp.
73. Vikár Gy. 1975.
Serdülőkori neurózisok egyéni pszichoterápiájával
szerzett tapasztalatok.
Pszichol. Tanulmányok XIV. 515-520.

74. Vikár Gy. 1976.
A válságos serdülőkor.
In: Tanulmányok a gyermekpszichológia köréből.
Főv.Ped.Int.Bpest, 91-111 pl.
75. Vikár Gy. 1976.
Ego-Self- Identitás fogalmai.
Előadás a Főv.Tan. Gyermekpszichol.Szakrend.Intézetében.
76. A budapesti agglomeráció településeinek népességi jellemzői.
KSH 1970. évi népszámlálás, 27.füzet Bpest.1974.
77. A budapesti öngyilkosságok vizsgálata.
A Népszégtudományi Kutató Intézet közleményei 44.1972.
78. Városzociológia 1973.
Tanulmánykötet. Szerk.: Szelényi I.
Közgazd. és Jogi Könyvkiadó, Bpest.
79. Suicide and attempted suicide. 1974.
WHO kiad. Geneva.
80. Az ősi magyar hitvilág. 1971. Diószegi V.szerk.
Gondolat, Budapest
81. Huszár T.-Sükösd M.szerk. 1969.
Ifjúságszociológia
Közgazd. és Jogi Könyvkiadó, Bpest
82. 8th International Congress on Suicide Prevention and
Crisis Intervention, 1975.
Jerusalem, Abstracts.